

問 診 表

記載日 年 月 日

フリガナ
お名前

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日

ご住所:〒

電話番号: 自宅 携帯

緊急連絡先: 氏名 続柄 電話番号

1. 今日はどのような症状で来られましたか？

2. 今までに大きな病気にかかれたことや手術をされたことがありますか？

高血圧 糖尿病 脂質異常症 腎臓病 喘息 肺炎 胃・十二指腸潰瘍 肝臓病
狭心症・心筋梗塞 脳梗塞・脳出血 癌(部位) その他()

それはいつ頃、どこの医療機関にかかれたか？

4. ご家族の中で大きな病気にかかれたことや手術をされたことがありますか？

3. 現在、内服されているお薬がありますか？お薬手帳などがあれば受付にお渡し下さい。

ない ある()

5. 薬や食べ物でアレルギーはありますか？

ない ある(食べ物: 薬:)

6. タバコは吸いますか？

吸わない 吸う(歳から 1日 本)

7. アルコールは飲みますか？

飲まない 飲む(種類: 量: 頻度:)

8. 女性の方へ 現在妊娠中または、妊娠の可能性がありますか？

ない ある(妊娠 ヶ月)

9. 介護保険サービスを利用されていますか？介護度と利用しているサービスがあれば教えて下さい。

要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5

(ケアマネージャーもしくは事業所名)

1. デイサービス 2. ヘルパー 3. 訪問看護 4. その他()

ご協力ありがとうございました