

## 問診票

記入日 年 月 日

フリガナ: 受診者名		男 女	明・大 昭・平	年 月 日	生まれ
住所	(〒 )	団地・マンション名			
電話番号		身長	cm	体重	kg
<p>1. 今日はどのようなことで来院されましたか? いつからですか?</p> <p>[ ] [ ]</p> <p>2. 生まれてから今日まで入院、または手術を必要とするような病気に <u>はい・いいえ</u> かかったことがありますか? はい に○をされた方は、具体的に:        ____年 ____月 又はいつ頃 [ ] 病名 [ ]        医療機関名 [ ]        ____年 ____月 又はいつ頃 [ ] 病名 [ ]        医療機関名 [ ]</p> <p>3. 今までに、輸血をされたことがありますか? <u>はい・いいえ</u></p> <p>4. 食物、動物、花粉などのアレルギーはありますか? <u>はい・いいえ</u> はい に○をされた方は、具体的に: [ ]</p> <p>5. 今までに、薬を飲んだ後や、注射をした後で気分が悪くなったり、体に ポツポツ(湿疹)がでたことはありますか? <u>はい・いいえ</u> はい に○をされた方は、具体的に: [ ]</p> <p>6. 血族の方(血のつながりのある方)で大きな病気をされた方はおられますか? <u>はい・いいえ</u> (例: 糖尿病・高血圧・がん等) はい に○をされた方は、具体的に: [ ]</p> <p>7. 現在、どこかに通院されている医療機関(病院・診療所など)はありま <u>はい・いいえ</u> はい に○をされた方は、具体的に: 医療機関名 [ ] 病名 [ ]</p> <p>8. 現在、内服しておられるお薬はありますか? <u>はい・いいえ</u> はい に○をされた方は、具体的に: [ ]</p>					

※裏面もご記入ください。

9. 一ヶ月以内に予防接種をうけたことがありますか？

はい・いいえ

はい に○をされた方は、具体的に：

予防接種名 [ ]

10. 喫煙について

過去にたばこを吸われていましたか？

はい(1日 本 年程度)・いいえ

現在たばこを吸われていますか？

はい(1日 本程度)・いいえ

11. 飲酒について

過去にお酒を飲まれていましたか？

はい(1日 程度を 年)・いいえ

現在お酒を飲まれていますか？

はい(1日 程度)・いいえ

12. 女性の方にお聞きします。妊娠はされていますか？

はい・可能性あり・いいえ

現在授乳中ですか？

はい・いいえ

13. 40歳以上の方にお聞きします。介護保険に申請されていますか？

はい・いいえ

はい に○をされた方は、具体的に：

介護度[ ]・申請中

居宅支援事業所： \_\_\_\_\_

ケアマネジャーのお名前： \_\_\_\_\_

14. 緊急連絡先をご記入願います

氏名 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_ (続柄： )

住所 \_\_\_\_\_ 携帯 \_\_\_\_\_

問診表を代理人がご記入された場合のご記入者名 <sup>フリガナ</sup> \_\_\_\_\_ (続柄： )