

問 診 表

記入日 年 月 日

| | | | | | | |
|-------|--|----------|------|--|---|---|
| 氏名 | フリガナ | | 男・女 | 生年月日 | | |
| | | 未婚 既婚 | | 明昭 大平 | 年 | 月 |
| 住所 | (〒 -) | | 身障手帳 | 無 ・ 有 (級) | | |
| | TEL (- -) | | | (種類:) | | |
| 緊急連絡先 | ※必ず記入してください | | 介護保険 | 1. 要支援 (1 2) | | |
| | 続柄: | | | 2. 要介護 (1 2 3 4 5) | | |
| | TEL (- -) | | | 3. 申請中 | | |
| | | | | 4. 入所中 (施設名:) | | |
| | | | | 5. 利用なし | | |

※次の1～7項目までをご記入下さい。

1. 受診理由を記載してください

検査依頼のみ

◎それは、いつ頃からですか？ ・ 昨日 (時頃) ・ 2～3日前 ・ (前)

◎それは、どのような症状ですか？

- ・ かぜ症状 ・ 胸の痛み ・ 脈がみだれる ・ お腹の痛み ・ 嘔吐 (回) ・ 下痢 (回)
- ・ 食欲不振 ・ 体がきつい
- ・ 発熱 (℃) ・ 痰に血が混じる

その他の症状があれば記載してください

※周辺に同様の症状の方がいらっしゃいますか？ (いない ・ いる)

◎その症状は以前にもありましたか？

なし ・ あり (どれくらい前ですか？)

2. 今までにかかった病気や手術について教えてください。 輸血歴あり

.....

.....

3. アレルギーはありますか？

いいえ ・ はい (アレルギーの種類:)

4. タバコは吸いますか？

いいえ ・ はい 1日に (本) 喫煙歴 (年)

5. お酒は飲みますか？

いいえ ・ はい 1日に飲む料は何を () (ml)

6. 1週間以内に海外にいきましたか？

いいえ ・ はい (国名:)

7. 現在かかりつけの病院がありますか？

いいえ ・ はい (内科 ・ 外科 ・ 整形外科 ・ 眼科 ・ 皮膚科 ・ 泌尿器科 ・ 婦人科 ・ 耳鼻科)
(精神科 ・ 心療内科 ・ 脳神経外科 ・)

※以下は看護師が直接うかがいますので、記入不要です。

.....

.....

.....

※ 個人情報について 問診表で得た個人情報は、「診療の目的」に使用し他用はいたしません。