

問 診 票

ふりがな					男 ・ 女
氏 名					
生年月日	大正・昭和・平成・令和・西暦	年	月	日	才
住 所	〒 —				
電話番号	() —				

1. 本日はどのような症状でご来院されましたか？

●いつから (月 日 時頃から) (日前頃から)

●どこが、どんな感じですか？

部位: 体温(. °C)

症状:

2. 今までにかかった病気はありますか？ (○で囲んでください) (はい・いいえ)
高血圧・糖尿病・高脂血症・脳疾患・心臓病・肝臓病・腎臓病
胃潰瘍・リウマチ・痛風・喘息・結核・その他()又、かかりつけ医、かかりつけ薬局はありますか？ (はい・いいえ)
医療機関名() 薬局名()

3. 最近、近親者にインフルエンザと診断された方はおられますか？ (はい・いいえ)

4. 手術を受けられた事がありますか？ (はい・いいえ)
手術部位()
いつ頃受けられましたか？(年 月頃)

5. 薬や食べ物でアレルギーを起こされたことはありますか？ (はい・いいえ)

6. 喫煙歴はありますか？ (はい・いいえ)
はいの方⇒ _____本/日 _____歳から_____歳まで_____年間7. アルコールは飲みますか？ (はい・いいえ)
はいの方⇒ _____回/週 1回量()8. 女性の方にお聞きします。
現在妊娠している可能性はありますか？ (はい・いいえ)
授乳中ですか？ (はい・いいえ)

★ 介護保険について、当てはまるものに☑をつけてください。

要支援 1□ 2□ 要介護 1□ 2□ 3□ 4□ 5□

未 □ 申請中 □ (新規・更新・変更)

ケアマネ名() 事業所()

★ 個人情報保護の取り扱いについて同意します。

ご本人自署

代理人

続柄

*ご質問やご相談は、個人情報保護相談窓口の担当者にお申し出下さい。

2020.12