

問 診 票

記入日 20 年 月 日

氏名	ふりがな	生年月日	大・昭 平・令 年 月 日 (才)
	男・女		

職 業	かかりつけの医院・病院	
-----	-------------	--

介護認定 なし・あり (要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5) ・申請中

どんな症状があっただけになりましたか。

いつ頃からですか。

以下の質問に○をつけてください(「はい」と答えた方は右側に○またはご記入をお願いします)。

1. 今までに次の病気にかかったことがある。 はい・いいえ	高血圧・糖尿病・脂質異常症・心臓病・脳疾患・がん その他/補足等 ()
2. 今までに手術を受けたことがある。 はい・いいえ	病名
3. 薬(注射含む)または食物などで 体調が悪くなったことがある(アレルギー)。 はい・いいえ	薬品名・食物名など 例:ピリン剤・アスピリン パニシリン・そば・ 花粉 など
4. 現在、治療中の病気がある。 はい・いいえ	病名
5. 現在、服用中の薬がある。 はい・いいえ	薬品名
6. 家族に病気にかかった人がいる。 はい・いいえ	高血圧・糖尿病・脂質異常症・心臓病・脳疾患・がん その他/補足等 ()

7. 食 欲	ある・普通・ない
8. 便 通	よい・便秘・下痢
9. 睡 眠	よく眠れる・普通・眠れない
10. タバコ	吸う(本/1日)・やめた(本/1日を 年間)・吸わない
11. アルコール	飲む(量 を毎日・週・月 回)・飲まない [例: 飲む(量 缶ビール 500ml×2 本を毎日 週 月 3 回)]

〔 女性の方へ 〕 現在、妊娠中あるいは可能性がありますか	はい・いいえ
現在、授乳中ですか	はい・いいえ

検査・処置時に、針などで当院職員がケガをしたり、血液などが付着した場合、当院の費用負担で感染症検査(血液検査)をさせていただくことがあります。

また、プライバシーの保護については十分配慮をいたします。

同意する 西暦 年 月 日 署名 _____ (代理の場合は続柄)