

# 問診票

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 T S H R \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (ID \_\_\_\_\_)

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 体温 \_\_\_\_\_ °C

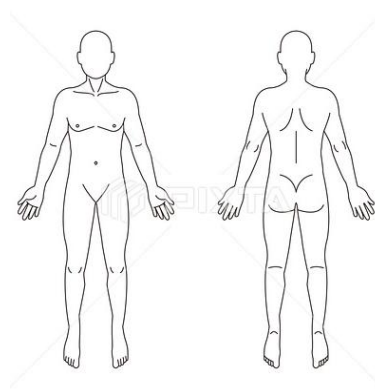
紹介状はお持ちですか？  いいえ  はい

お薬を飲んでいますか？  いいえ  はい → お薬手帳をお持ちですか？  いいえ  はい  
(点眼、湿布なども)

かかりつけ薬局、又は希望する薬局はありますか？  いいえ  はい ( \_\_\_\_\_ 薬局)

1. 今日はどうされましたか？ (いつから ところが どのように)

部位を○印で記入してください



2. 治療や検査などご希望がありましたらご記入ください。

3. 過去1ヵ月に海外渡航されましたか？  いいえ  はい

4. 今までにケガや病気で通院、入院をしたことがありますか？  いいえ  はい

(病名、年齢、治療内容、医療機関、服用薬など)

5. アレルギーについて

食べ物や薬で発疹やショック、気分が悪くなったことがありますか？

おくすり：  いいえ  はい 内容 ( \_\_\_\_\_ )

食べ物：  いいえ  はい 内容 ( \_\_\_\_\_ )

アルコール綿で皮膚が赤くなりますか？

いいえ  はい

6. 現在、たばこを習慣的に吸っていますか？

いいえ  はい ( \_\_\_\_\_ 本/日：喫煙歴 \_\_\_\_\_ 年)

7. 飲酒はされますか？

いいえ  はい ( \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 日)

8. 女性の方へ 妊娠していますか？

いいえ  はい  わからない  授乳中

9. 介護保険証はありますか？

いいえ  はい (要介護：1・2・3・4・5 要支援：1・2)

10. 担当ケアマネージャさんはいますか？

いいえ  はい