

問 診 票

令和 年 月 日

ふりがな		性別		大・昭・平・令	年 齡
お名前		男・女	生年月日	年 月 日生	
ご住所	〒 —	☎	自宅		
			携帯		
			緊急連絡先 (ご本人様以外)	お名前	続柄 ()
ご利用の介護ステーション		担当ケアマネージャー	TEL		

● 今日どのようなことで来院されましたか？

体温 ℃ 小学生以下のお子様 体重 kg

- 発熱・せき・鼻水・のど痛・頭痛・胃痛・腹痛・嘔吐・吐き気・下痢
便秘・心臓・血圧・めまい・むくみ・尿・糖尿病・皮膚症状()
健診の再検査・予防接種・他院からの紹介・その他()

● 今までに大きな病気や入院、手術をしたことはありますか？

 ない ・ ある ()

● アレルギーはありますか？

 ない ・ ある ()

● 飲み薬・注射等で具合が悪くなったことはありますか？

 ない ・ ある (薬品名: 症状:)

● 肝炎にかかったことはありますか？

 ない ・ ある (B型 ・ C型 ・ キャリア)

● 現在、飲んでいるお薬はありますか？

 ない ・ ある ()

● アルコールは飲みますか？ いいえ ・ はい (種類: 量:1日)

● たばこは吸いますか？ いいえ ・ はい (喫煙歴: 量:1日)

● 女性の方にうかがいます。

 現在、妊娠していますか？ いいえ ・ はい (ヶ月) ・ 可能性あり

 現在、授乳中ですか？ いいえ ・ はい (お子様の月齢)