

患者問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ

氏 名

生年月日 西暦 年 月 日 (歳)

住 所 (〒 —)

電話番号： () 携帯番号： ()

職業 (ご経験も含めて)

緊急連絡先 ※緊急時に必ず連絡がとれる、入院した場合に身の回りの準備ができる人を
優先して書いてください

フリガナ

① 氏 名 続柄 () 電話番号： ()

同居・別居(居住地：) 連絡のつきやすい時間帯：

フリガナ

② 氏 名 続柄 () 電話番号： ()

同居・別居(居住地：) 連絡のつきやすい時間帯：

現在受けている、または申請中の社会保険・サービス

☐ 身体障害者手帳 (級)視力 眼鏡 ☐ なし ☐ あり 眼科通院歴 ☐ なし ☐ あり聴力 難聴 ☐ なし ☐ あり 補聴器の使用 ☐ なし ☐ あり認知障害 ☐ なし ☐ あり移動方法 ☐ 独歩 ☐ 杖歩行 ☐ 歩行器 ☐ 車椅子 ☐ その他 ()☐ 介護保険 (要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5)

担当ケアマネジャー 施設名：

氏 名： 電話番号： ()

利用サービス

通院方法

徒歩 ・ 自家用車 ・ バス ・ 家族送迎 ・ 当院送迎タクシー

介護タクシー：会社名 _____ 電話番号 _____ () _____

感染症

B 型肝炎 _____ C 型肝炎 _____ その他 () _____

今までにかかった病気・手術歴

年齢	病名	治療内容	治療施設名	次回受診日
例)22 歳	盲腸	手術	〇〇病院	なし

腎臓病の診断を受けたのは _____ 歳 _____

薬剤アレルギー ☐ なし ☐ あり どの薬剤で、いつ、どのような症状がおきたか書いてください

薬剤名	時期	症状

過去、CT/MRI/PET 検査で副作用を疑う症状(吐き気、嘔吐、かゆみなど)が ☐ なかった ☐ あった

食物アレルギー ☐ なし ☐ あり どの食品で、いつ、どのような症状がおきたか書いてください

食品名	時期	症状

現在の身体状況

身長 _____ cm

運動習慣 ☐なし ☐あり 週に () 回 () 分程度 内容： _____

輸血歴 ☐なし ☐あり

以下の器具で、ご自身の体にあるものに☑してください

☐義歯 ☐インプラント ☐静脈ポート ☐心臓ペースメーカー ☐人工弁 ☐人工血管
☐整形外科プレート類 ☐クリップ ☐ステントやドレーン ☐血糖測定器
☐その他 ()

生活習慣

飲酒 ☐飲まない

☐飲む () 回/週

※1回の飲酒量 (例：ビール 350ml など) _____

喫煙 ☐吸わない

☐過去に吸っていた () 歳～ () 歳まで)

☐吸う () 歳～) : () 本/日 程度

食事 自炊 ・ 家族が用意 ・ 外食 ・ 買って食べる ・ 配食サービス (複数回答可)

※これまで栄養指導を受けたことが ☐ない ☐ある

睡眠 起床： _____ 時 就寝： _____ 時

睡眠状態 ☐眠れている ☐眠れていない

※眠剤の使用 ☐なし ☐あり (薬剤名： _____)

眠剤の使用頻度 ☐毎日 ☐1日おき ☐2,3日おき ☐週1回 ☐たまに

排尿 1日 () 回 夜間 () 回

排便 () 回/ () 日

※下剤の使用 ☐なし ☐あり (薬剤名： _____)

下剤の使用頻度 ☐毎日 ☐1日おき ☐2,3日おき ☐週1回 ☐たまに

家族構成

名前	続柄	年齢	同居の有無
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居

病院処方以外の内服薬・サプリメント・健康食品・漢方薬などがありますか。

☐なし

☐あり 薬剤・商品名：()

事前に伝えておきたいことがございましたら、以下の余白へご記入ください。

※現在内服している薬がすべてわかる物(お薬手帳、薬剤情報提供書、現在飲んでいる薬など)をオリエンテーション時必ずご持参ください。

※できるだけ空欄なく記入し、オリエンテーション時必ずご持参ください。

ご記入者 ☐本人 ☐本人以外 (続柄：)