

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	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	眼科通院歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
----	----	-----------------------------	-----------------------------	-------	-----------------------------	-----------------------------

聴力	難聴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	補聴器の使用	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
----	----	-----------------------------	-----------------------------	--------	-----------------------------	-----------------------------

認知障害	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
------	-----------------------------	-----------------------------

移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 杖歩行	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> 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・漢方薬などはありますか。

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：)