

ID: _____

記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな

受診者名: _____ 男・女 _____ 年齢: _____ 歳 身長 _____ cm 体重 _____ kg

記入者名: _____ 続柄 (_____) 緊急連絡先: _____ - _____ - 続柄 (_____)

1. いつから症状がありますか？

_____ 年 _____ 月 _____ 日ごろから / 約 (_____) くらい前から

2. どんな症状がありますか？ あてはまるものに○をつけてください。(複数可) 体温: _____ °C

眼科

耳鼻咽喉科

右・左 左右両方

目やに 腫れ 見えにくい

聞こえにくい・聞こえない めまい

飛蚊症 充血 痛み 乾き

鼻水・鼻づまり 鼻血

(_____)

のどが痛い 飲み込みにくい

顔の表情が動きづらい

(_____)

3. 現在飲んでいるお薬がありますか？

いいえ はい⇒(お薬手帳:あり ・なし⇒お薬名が分かれば下記にお書きください)

内服している薬 (_____)

4. 現在も含め、今までにかかったことのある病気がありますか？

なし 高血圧 糖尿病 前立腺肥大 緑内障 喘息 結核 胃腸病 精神疾患

ペースメーカーが入っている 心臓疾患(不整脈・狭心症・心筋梗塞など)

脳疾患(脳梗塞・脳出血など) がん (_____) その他 (_____)

5. 今までに手術を受けたことがありますか？

いいえ はい (手術名: _____)

6. 薬・注射・食べ物などでアレルギー症状がでたことがありますか？

いいえ はい (_____)

7. 介護保険の申請をしていますか？

いいえ はい⇒要介護(1・2・3・4・5) 要支援(1・2) 申請中

8. お一人暮らしですか？

はい いいえ⇒どなたとお住まいですか？(両親・配偶者・子供・その他 施設名 _____)

9. タバコは吸いますか？

いいえ はい⇒現在も吸っている 以前吸っていたがやめた

1日の喫煙本数(_____ 本) × 喫煙期間(_____ 年)

10. お酒は飲みますか？

いいえ はい⇒何を(_____) どれくらい(_____)

11. 女性の方にお聞きします。妊娠中ですか？

いいえ はい(妊娠: _____ ヶ月) 可能性がある 不明