

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○をしてください。

外科・形成外科

痛みがある _____ できものがある _____
健診や他科・他院で () を指摘された
はれ・ふくらみがある (場所: _____ 右・左)

(_____)

体温: _____ °C

血管外科

症状はないが、血管のこぶが気になる
足が腫れている・むくみがある・だるい
足に赤み・かゆみなどがある

(_____)

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 _____