

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 ( \_\_\_\_\_ )

看護師記入⇒ T: \_\_\_\_\_ °C

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)

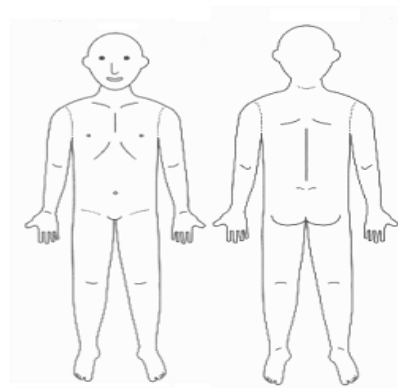
かゆみがある 発疹がある 赤くはれている 巻き爪

できものがある やけど 傷がある とげが刺さった

虫(蜂、毛虫、ムカデなど)に咬まれた・刺された

その他 ( \_\_\_\_\_ )

症状のある箇所に○をつけてください。



※他院・他科の医師に急いで受診するように勧められましたか？

はい

いいえ

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