

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

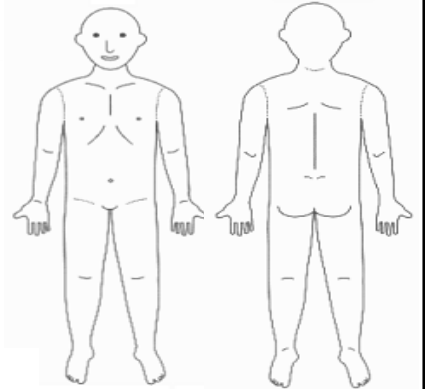
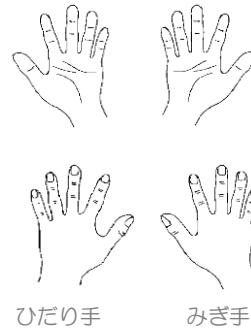
2. どんな症状がありますか？ あてはまるものに○と絵図に印をつけて下さい。

動作時に痛みがある

じっとしていても痛みがある

症状の原因・その他の症状は下記に記入してください

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



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