

## 問診表

年 月 日

フリガナ

生年月日

年 月 日

氏名

年齢

歳

性別

男・女

郵便番号

—

住所

電話番号

携帯番号

(ア) いつからどのような症状があったか詳しくお書きください。

受診時体温                      °C

(イ) 過去の手術歴や、現在の持病・その内服薬等があればお書きください。

持病・手術歴：あり・なし

詳細

内服薬

(ウ) 次の病気を医師から指摘されたことがある場合は○をつけてください。

糖尿病・高血圧・高脂血症・喘息・COPD・緑内障・前立腺肥大症

(エ) アレルギー歴があればお書きください。

食品                      なし・あり

薬剤                      なし・あり

その他                    なし・あり

(オ) 喫煙歴はありますか？該当する項目に○をつけて記載してください。

1：今まで1本も喫煙したことがない。

2：以前は喫煙していたが現在はやめている。

歳までは1日                      本喫煙

3：現在も喫煙している。

1日                                      本

(カ) 妊娠の可能性                      あり・なし

(キ) 車などの運転                      する・しない

(ク) 介護度について                      要支援 1・2

要介護 1・2・3・4・5

居宅支援事業所名

担当者

様

居宅支援事業所に本日の診療内容の通知を希望されますか？      はい・いいえ