

問診表

フリガナ		性別	生年月日		
お名前		男・女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)		
ご住所	〒	身長	cm	利き手	右・左
		体重	kg	職業/学年	
電話番号	(自宅)	緊急 連絡先	(電話番号)		
	(携帯)		(お名前) (続柄:) ※ ご本人につながらない場合等に、ご連絡させていただきます		

1. お困りの症状をすべて教えてください

<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐	<input type="checkbox"/> めまい	<input type="checkbox"/> 耳鳴り	<input type="checkbox"/> 顔面麻痺	<input type="checkbox"/> まぶたの痙攣
<input type="checkbox"/> もの忘れ	<input type="checkbox"/> 手足・顔の震え	<input type="checkbox"/> 手・足のしびれ	<input type="checkbox"/> しゃべりづらい	<input type="checkbox"/> 転びやすい	<input type="checkbox"/> 歩行障害
<input type="checkbox"/> 脚のむずむず	<input type="checkbox"/> 力が入りにくい	<input type="checkbox"/> 頭をぶつけた	<input type="checkbox"/> その他症状 ()		

2. その症状はいつごろからですか？

今回が初めて () 頃から 他院で治療中 (他院の診断名:)

3. 今までに指摘された病気はありますか？

特になし

<input type="checkbox"/> 脳疾患 ()	<input type="checkbox"/> 心疾患 ()	<input type="checkbox"/> がん・悪性腫瘍	<input type="checkbox"/> 喘息・小児喘息
<input type="checkbox"/> 肝臓疾患 ()	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 人工透析	<input type="checkbox"/> 緑内障
<input type="checkbox"/> 精神疾患 ()	<input type="checkbox"/> 無呼吸症候群	<input type="checkbox"/> その他 ()	

4. 現在までに手術歴はありますか？

なし あり ()

5. 現在、飲んでいるお薬はありますか？

なし あり () お薬手帳持参

6. 現在まで「アレルギー」や「副作用の出たお薬」はありますか？

なし あり ()

7. 生活習慣について

たばこ : 吸わない 1日 本 (年前から) 吸っていた (歳まで 本)

お酒 : 飲まない 飲む (毎日) 週に数回 付き合い程度

8. 女性の方は該当する項目に をしてください。

① ピルの内服 なし あり ()

② 妊娠の可能性なし 妊娠の可能性あり 妊娠中 (ヶ月) 授乳中

9. 介護に関する質問です。該当する場合、お答えください。(当てはまる箇所に と ○ を記入してください)

①介護認定	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 申請予定	<input type="checkbox"/> 要支援 (I・II)	<input type="checkbox"/> 要介護 (I・II・III・IV・V)
②歩行状態	<input type="checkbox"/> 自立歩行	<input type="checkbox"/> 歩行介助	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 車いす (常時・外出時のみ)
③デイサービス利用	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり 週に 回 (施設名:)		
④施設入所	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (施設名:)		