

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。

尿に血が混じる                      尿の回数が多い (1日 \_\_\_\_\_ 回)                      尿が出にくい

尿をした後、残った感じがある                      尿をした後、痛い                      蛋白尿が出る

こうがんの腫れ・痛み                      性器のただれ・腫れ・痛み                      腰の痛み

その他 ( \_\_\_\_\_ )                      発熱

体温: \_\_\_\_\_ °C

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