

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 ⇒ BP: / P: SPO2: % T: °C R:

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○をつけて下さい。(複数可)

内科：下記に詳しく記入してください。

どこが()

どんな症状ですか

〔 〕

何か薬を飲みましたか いいえ はい

〔 〕

循環器：あてはまるものに○をつけて下さい

胸が痛む 息苦しい 動悸がする むくみ

脈が速い・遅い 息切れ 血圧が(高い・低い)

その他

〔 〕

※家族歴： 心臓病 高血圧 糖尿病

高コレステロール がん()

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. 今までに手術をう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

2019.5.17