

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:) | | |