

# 問診票

令和 年 月 日

(紹介状：有・無)

ID: \_\_\_\_\_

フリガナ: _____	住所: 〒 _____ - _____
氏名: _____ (男・女)	
生年月日: 大正・昭和・平成 年 月 日 ( 歳)	電話番号: _____ - _____ 携帯番号: _____ - _____

**看護師記入欄** 体温 ℃ 血圧 / mmHg 脈拍 /分 SPO2 %  
身長 cm 体重 kg

## 1. どのような症状ですか？

発熱 咳 のどの痛み 鼻水 鼻づまり 息苦しい だるさ  
関節痛 けが 胸痛 吐き気 嘔吐 下痢 便秘 皮膚のかゆみ 発疹

その他の症状

## 2. いつ頃からですか？ 月 日頃から

## 3. 現在、通院している病院、医院、クリニックはありますか？ はい ・ いいえ

\* 「はい」の方  
医療機関名と病名を教えてください ( \_\_\_\_\_ )

\* お薬手帳をお持ちですか？ はい ・ いいえ ・ 家にある

\* お薬手帳をお持ちでない方は現在、服用中のお薬を教えてください ( \_\_\_\_\_ )

## 4. 今までにかかった病気はありますか？ はい ・ いいえ

\* 病名 ( \_\_\_\_\_ )

\* 手術 なし・あり 手術内容 ( \_\_\_\_\_ )

## 5. 今までに薬剤や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？ はい ・ いいえ

\* 「はい」の方 アレルギーの内容を教えてください ( \_\_\_\_\_ )

## 6. 嗜好品について

\* 喫煙 喫煙なし ・ 現在吸っている ( \_\_\_\_\_ 本/日 × \_\_\_\_\_ 年 )  
過去に吸っていた ( \_\_\_\_\_ 歳まで \_\_\_\_\_ 本/日 )

\* 飲酒 飲まない ・ 週に3~4回 ・ ほぼ毎日  
1回の飲酒量 ビール ml × 本 日本酒 合  
焼酎 合 ウイスキー 杯

## 7. 女性の方へ

現在、妊娠中または妊娠の可能性はありますか？ はい ・ いいえ ・ わからない

## 8. 40歳以上の方に質問です。

担当ケアマネージャーはいますか？ はい ( \_\_\_\_\_ ) ・ いいえ ・ わからない

御記入ありがとうございました。