

訪問診療 問診票（施設入居者用）

お手数ですが、以下の質問にお答えください。※情報は診療の目的以外に使用することはありません。

ふりがな		性別	生年月日		
氏名		男 女	大正・昭和	年	月 日 歳

1. 施設入居の理由

--

2. 現在通院中の病気についてご記入ください

診療科	病名	病院名・主治医名	治療内容
例) 内 科	糖尿病	東急病院 ○○先生	内服・その他(インスリン注射)
科			内服・その他()
科			内服・その他()
科			内服・その他()

3. 今までにかかれた病気についてご記入ください

年齢	病名	手術の有無	現在の状態	医療機関(病院名)
歳		あり なし	治った 治療中 中断	当院 他院()
歳		あり なし	治った 治療中 中断	当院 他院()
歳		あり なし	治った 治療中 中断	当院 他院()
歳		あり なし	治った 治療中 中断	当院 他院()
歳		あり なし	治った 治療中 中断	当院 他院()
歳		あり なし	治った 治療中 中断	当院 他院()
歳		あり なし	治った 治療中 中断	当院 他院()
歳		あり なし	治った 治療中 中断	当院 他院()
歳		あり なし	治った 治療中 中断	当院 他院()
歳		あり なし	治った 治療中 中断	当院 他院()

4. 現在服用中の薬はありますか あり / なし (サプリメントの服用 あり / なし)

※ お薬手帳をご提示いただければ記載は不要

薬の名前:

--

5. 現在定期的に投与している注射薬はありますか あり / なし

ありの方 血糖降下薬 骨粗鬆症治療薬 その他(

--

6. 薬(内服・注射・麻酔薬など)や食物などのアレルギーはありますか あり / なし

薬のアレルギー:

食物・その他のアレルギー:

--

7. 直近(1年間)に受けたワクチン接種はありますか はい / いいえ

はいの方 ワクチン名:

接種日:

年

月

日

--

8. 飲酒歴 あり / なし 週 回 / 1回量 : 程度

9. 喫煙歴 あり / なし 1日につき 本 / 歳 ~ 歳 = 喫煙歴 年

10. 緊急連絡先

	名前	ご本人との関係	連絡先(連絡のつきやすい番号を①へ記載ください)
1番	ふりがな	配偶者・子・親族()	①
		その他()	②
2番	ふりがな	配偶者・子・親族()	①
		その他()	②