

# 内科問診票

氏名 \_\_\_\_\_ 男 女 生年月日 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_

\*介護申請について ( 未申請 ・ 申請中 ・ 申請済 )

\*申請済の方の介護度について 要介護 ( 1・2・3・4・5 ) 要支援 ( 1・2 )

- 1 今日はどうされましたか。  
それは、いつからどのような症状か具体的にお書きください。

( \_\_\_\_\_ )

上記の症状で他院を受診しましたか。

はい ( \_\_\_\_\_ 病院)

いいえ

- 2 現在、治療中の病気はありますか。

はい (病名 \_\_\_\_\_ )

いいえ

上記ではいと答えた方、飲んでいる薬はありますか。

はい (薬品名 \_\_\_\_\_ )

いいえ

- 3 今まで入院・手術・治療を受けたことがありますか。

はい (どのような \_\_\_\_\_ )

いいえ

- 4 今日、朝食は召し上がりましたか。

はい ( 時頃 何を \_\_\_\_\_ )

いいえ

- 5 女性の方のみお答えください。現在妊娠している可能性がありますか。

はい

いいえ

- 6 タバコは吸われますか。

はい ( 本/日) 何歳からですか。 ( \_\_\_\_\_ 歳から)

いいえ

- 7 薬、注射、食べ物でアレルギーが出たり、気分が悪くなったことがありますか。

はい (何で \_\_\_\_\_ )

いいえ

- 8 今までに海外に行ったことがありますか。

はい (いつ頃 \_\_\_\_\_ )

いいえ

- 9 今日はおひとりで来院されましたか。

はい \_\_\_\_\_ いいえ (どなたですか \_\_\_\_\_ )