

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 _____)