

問 診 票

体温 _____ °C

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな 氏名	性別 男 女	生年月日 T・S・H 年 月 日
住所 〒		電話番号

●紹介状はありますか？ はい いいえ

●受診の理由について伺います。

検診で精密検査を指示された。

他院・医院から紹介された

(医療機関名：

症状があり受診した

*部位 (_____)

*いつから (_____ 年 _____ 月 _____ 日頃)

*症状の内容 (_____)

特に症状はないが癌が心配で受診した

今回のことで他病院の診察や治療を受けましたか？ (上記の病院・医院以外で)

受けていない 受けた (いつ： _____ 年 _____ 月 _____ 日頃)

(医療機関名： _____)

●治療を受けられたことのある方はお書きください。

年齢または年号	病名	病院名	入院	通院	手術	投薬	治療内容など

●体内に人工物がありますか？ ある なし

人工弁 スtent ペースメーカー 人工血管

人工関節 (部位： _____) 人工歯根 脳動脈クリップ

CT・MRI 造影検査対応 CV ポート その他 (_____)

●輸血をしたことはありますか？

ある なし

●お薬をもらっていますか？ はい いいえ

*お薬手帳はありますか？ はい いいえ

*抗血栓薬を飲んでいませんか？ はい いいえ

*糖尿病の薬を飲んでいませんか？ はい いいえ

*ホルモン剤・ピル等は飲んでいませんか？ はい いいえ

*サプリメントは飲んでいませんか？ はい いいえ

●アレルギーを起こしたことはありますか？ ある なし

*あると答えた方にお聞きします・何でアレルギーを起こしましたか？

薬品 () 食品 ()

金属

造影剤 (使用経験なし 不明) その他 ()

ラテックス (ゴム製品) バナナ キウイ マンゴー 栗 アボガド

*どのような症状でしたか ()

●嗜好品について

①喫煙について 吸わない 吸っていたけどやめた (いつ: 歳ころ)

現在も吸っている 本/日 喫煙年数: 年)

②お酒について 飲まない 数ヶ月に1回程度 数週間に1度程度

数日に1回 毎日

種類 ビール ワイン ウイスキー 日本酒 焼酎 その他

量 1日 mL 本 杯

●睡眠について 良好 不眠

*睡眠薬を使用していますか？ 使用していない 使用している (毎日・時々)

●排泄について

*尿回数: 回/日 夜間尿回数 回

*排便回数: 回/日 (順調 不順)

*便の状態: 普通便 硬い便 軟らかい便 下痢便

●ご親族 (親・子・兄弟) で癌になった方を教えてください

父 母 祖父 祖母 兄弟 親戚 その他 () いない

●運動障害はありますか？ ない ある

*あると答えた方にお聞きします。体のどの部分ですか？

右下肢 左下肢 右手 左手 脊髄 (頸椎・胸椎・腰椎)

その他 ()

*身体障害者認定はありますか？ ない ある (級)

*補助員や装具の使用はありますか？ ない ある

ある方は使用しているものに○をしてください。

義歯 補聴器 義肢 眼鏡 コンタクトレンズ 松葉杖 杖 歩行器

コルセット 人工関節 その他 ()

●介護保険の利用について

介護申請している 介護保険申請していない

*している方にお聞きします。利用状況をお書きください。

ケアマネージャーがいる方はお書きください。

デイサービス ショートステイ

ヘルパー 訪問看護

施設 その他

介護度 要介護 _____

ケアマネージャー (氏名) _____ 様

ケアマネージャー (事業所) _____ TEL _____