

ID No. \_\_\_\_\_

## 問診票

令和 年 月 日

ふりがな 氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	大正	昭和	平成	令和
住所 〒 _____		年	月	日	(才)	
電話（自宅） - -	緊急連絡先	氏名	続柄（ ）			
電話（携帯） - -	電話番号					
身長 約 cm	利き手はどちらですか <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左					
体重 約 kg	ペースメーカー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					

血圧： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 脈拍： \_\_\_\_\_ 体温： \_\_\_\_\_ °C / Spo2 \_\_\_\_\_ %

※血圧は中学生以上から測定して下さい

1. いつからどのような症状がありますか

2. 今まで病気・ケガ・手術をした事がありますか

なし

あり→下記に詳しくご記入ください 例) 高血圧症 55歳～・大腿骨頸部骨折 40歳～

3. 現在 お薬を飲んでいますか※お薬手帳を提出された方は記入不要です

なし

あり→詳しくご記入ください \_\_\_\_\_

4. アレルギー（薬・注射・食べ物・花粉症）はありますか

なし

あり→詳しくご記入ください \_\_\_\_\_

5. 血縁関係のある方に次のような病気の方はいますか

なし

脳梗塞・脳出血・くも膜下出血（誰が \_\_\_\_\_）  がん（誰が \_\_\_\_\_）

6. たばこについてお答えください

喫煙歴なし

喫煙歴あり \_\_\_\_\_ 才～ \_\_\_\_\_ 才まで・当時 \_\_\_\_\_ 本/日

現在吸っている \_\_\_\_\_ 本/日 \_\_\_\_\_ 才から

7. アルコールについてお答えください

飲まない  飲む \_\_\_\_\_ 回/週 お酒の種類 \_\_\_\_\_ 量

8. 睡眠中いびきをかきますか

なし  あり  わからない

9. 女性の方で当てはまる項目があればチェックしてください

なし  妊娠中  妊娠の可能性ある  授乳中

