

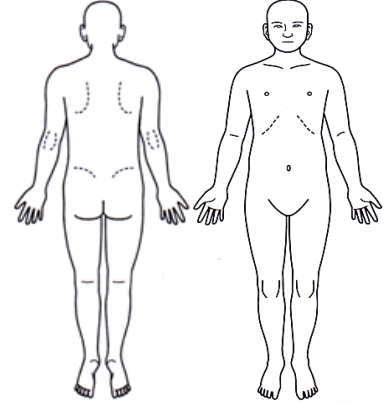
# リハビリテーション科 問診票

記入日： 年 月 日

ふりがな				年齢	性別	職業
氏名				才	男・女	
身長	cm	体重	kg	体温	°C	

下記の事項に記入、またはあてはまるものを○で囲んでください。

① どのような症状で受診されますか



② それはいつ頃からですか \_\_\_\_\_

③ 食欲はありますか ( はい・いいえ )

④ 睡眠はとれていますか ( 普通・眠れない )

便通は ( 1日 回 ) ( 日 回 ) 排尿は ( 1日 回 )

⑤ 今までに次の病気にかかったことがありますか

いいえ・はい 高血圧 糖尿病 心臓病( ) 肝臓病 腎臓病

虫垂炎 脳梗塞 ( )がん 肺疾患 ぜんそく

その他の疾患 ( 病名 )

⑥ 現在は他の病院にかかっていますか いいえ・はい (病院名 )

現在お薬を飲んでいますが いいえ・はい (薬名 )

\*お薬手帳をお出してください

⑦ ご家族に病気の方はいますか いいえ・はい (誰が ) (病名 )

⑧ アレルギーを起こしたことがありますか いいえ・はい (食物・薬品・その他 )

⑨ お酒 飲まない・飲む 種類( )量( ml )/日

たばこ 吸わない 禁煙後 年 吸う 本/日

⑩ 1ヵ月以内に海外に行かれましたか いいえ・はい ( 本人・家族 )  
どちらに ( )

⑪ 女性の方にお聞きします

前回の生理の期間は ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) 閉経( 才頃 )

現在、妊娠中ですか はい 週目・ いいえ・ わからない・ 授乳中である

⑫ 現在の住居の環境について

- ・ 自宅（平屋 2階建 2階建以上( 階) エレベーターあり エレベーターなし )
- ・ 施設（特別養護施設 ・ 有料老人ホーム ・ その他 ( )

⑬ 同居家族（なし 夫 妻 子ども 親 )

⑭ 介護保険はお持ちでしょうか【あり ( 級) なし】

⑮ 介護サービスは受けられていますか ( はい ・ いいえ )

⑯ 医師に伝えておきたいこと等ありましたら下記にご記入ください

ご記入いただきました情報は、診療に必要な範囲にのみ使用し、当該利用目的以外には使用いたしません