問診票

中村内科ハートクリニック

ふりがな		男 ・ 女	生年月日		
氏名					歳
住所	〒				
電話番号	― ―	緊急連絡先氏名・TEL	― ― （続柄： ）		
身長	cm	体重	kg	体温	℃
マイナンバーカードをお持ちの方へ ➡ マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか はい ・ いいえ					

下記の質問の該当する箇所に☑、また詳しい内容の記入をお願いします。わかる箇所のみご記入ください。

今一番お困りのことは何ですか。

□胸が痛い □動悸がする・脈が乱れる □息切れ・息苦しい □めまい・ふらつき
□血圧 □糖尿病 □脂質異常症 □いびき・睡眠時無呼吸症候群
□足のむくみ □足のしびれ・痛み □禁煙希望
□健康診断での異常を指摘された（項目： ）
□花粉症・アレルギー □痛み（ 頭・背中・腰・手足・その他 ）
□便秘 □頻尿 □眠れない □腹痛
□その他（ ）

□自費診療

□健診・検診
□予防接種
□診断書
□AGA
□ED
□減量治療
□プラセンタ
□その他
（ ）

いつから（〇月△日から、〇日前から）、経過など

下記症状については**発熱・感染症外来**にご案内する場合があります。事前にスタッフにお申し出ください。
□発熱(1週間以内) □のどの痛み □鼻水 □咳・たん □味覚・嗅覚の低下 □吐き気 □嘔吐
□下痢 □倦怠感 □関節痛

その他、伝えたいことがございましたら具体的にご記入ください

□今までにかかった事のある病気に〇をつけて下さい。

心筋梗塞 ・ 狭心症 ・ 心不全 ・ 不整脈 ・ 消化管出血 ・ 高血圧 ・ 高脂血症 ・ 糖尿病 ・ 脳卒中
悪性腫瘍 [ ]
喘息 ・ 閉塞隅角緑内障 ・ 前立腺肥大 ・ その他[ ]
腎臓病 →人工透析を: している ・ していない
□（月・水・金）□（火・木・土）[時から]シャント□右 □左

現在飲んでいる薬・サプリ □なし □あり	薬のなまえ（※お薬手帳がある方はご記入不要です）
薬・食べ物のアレルギー □なし □あり	薬や食べ物のなまえ

★注射や薬を飲んで気分が悪くなったり、発疹・冷や汗が出たり、ショックを起こしたことがある方は必ず医師に申し出てください

7.タバコ・お酒

喫煙: □吸わない □吸っていた（ 年前まで） □吸っている（ 本/日× 年間） □禁煙治療の希望（有・無）
飲酒: □飲まない □飲む 週( )日 種類・量（ ）

8.女性の方へ	□生理中 □妊娠中（ 週目） □授乳中（産後 週）

ご記入ありがとうございました。裏面は当てはまる方のみご記入ください。

＜介護保険を利用されている、または検討されている方へ＞

生活状況の把握のための問診です。差し支えのない範囲でご記入をお願いいたします

記入日　　年　　月　　日

氏名　　代筆者　　（続柄：　　）

◆現在の生活状況、健康状態について（当てはまる項目にチェック、詳細をご記入ください）

世帯構成	□一人暮らし ご家族の住まい：徒歩圏内・車で＿＿＿分・県内・県外(＿＿＿＿＿) □家族等と同居（続柄：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

◆あてはまる方はご記入お願いします。　**すべての項目において該当しない場合はこちらにチェック→□**

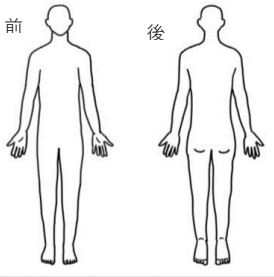
食事	□介助なし □食事の準備や片付け、見守り等の介助が必要 □すべて介助が必要
歩行	□介助なしで歩ける　□杖、歩行器を使用 □車いすを使用(移乗：介助なし・介助が必要)
トイレ	□介助なし　□見守りや衣類の着脱等の介助が必要 □オムツを使用　□すべて介助が必要
排泄	□失禁なし　□時々失禁あり □浣腸や座薬、尿器の取り扱い、オムツの交換に介助が必要
入浴	□介助なし　□見守りや一部介助が必要　□すべて介助が必要
着替え	□介助なし　□見守りや一部介助が必要　□すべて介助が必要
階段昇降	□介助なし　□見守りや一部介助が必要　□すべて介助が必要、不可能
意思疎通	□明瞭に可能　□簡単な内容なら可能　□発語不可　□筆談が必要
視力・聴力	視力　□障害なし □障害あり　聴力　□障害なし □難聴あり　□補聴器使用
麻痺	□なし　□左腕　□左足　□右腕　□右足　（程度：重・中・軽 ）
薬の内服	□介助なし □時々飲み忘れあり、一部介助が必要　□管理等すべて介助が必要
外出頻度	□週に1回以上　□月に1～2回　□年に数回　□ほどんど外出しない

◆介護サービスの利用状況について（当てはまる項目にチェック、詳細をご記入ください）

介護認定	□なし　□あり(要支援　1・2　要介護　1・2・3・4・5)
担当の ケアマネジャー	□いない　□わからない □いる(事業所名：＿＿＿＿＿＿＿＿　担当の方のお名前：＿＿＿＿さん)
介護 サービス	□訪問看護　□訪問介護　□訪問リハビリ　□訪問入浴　□訪問リハビリ □ショートステイ　□デイサービス　□利用していない ※上記サービスを週に＿＿＿＿回利用している
障がい者手帳	□なし　□あり(身体・精神)

◆現在、お困りのこと、医師に伝えておきたいことがありましたら、ご記入ください

※具合の悪い部分に○をつけてください



ご記入ありがとうございました