

【受診にあたってのご質問 - 外来共通 - 】

記載日 20 年 月 日 お名前 年齢 歳

【緊急時連絡先】 ご本人以外の連絡先をご記入ください

優先	氏名	本人との関係	電話番号	携帯番号	コメント
1					
2					
3					

【既往歴】 今までに、けがや病気で入院・手術・通院治療を受けたことはあますか

高血圧 (才)	<input type="checkbox"/> 通院中	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 放置
喘息 (才) (最終発作)	<input type="checkbox"/> 通院中	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 放置
糖尿病 (才)	<input type="checkbox"/> 通院中	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 放置
認知症 (才)	<input type="checkbox"/> 通院中	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 放置
腎不全 (才)	<input type="checkbox"/> 通院中	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 放置
<input type="checkbox"/> 血液透析 → (月 火 水 木 金 土 日) シヤント (右 / 左) <input type="checkbox"/> 腹膜透析			
病名 (: 才)	<input type="checkbox"/> 通院中	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 放置 <input type="checkbox"/> 手術
病名 (: 才)	<input type="checkbox"/> 通院中	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 放置 <input type="checkbox"/> 手術
病名 (: 才)	<input type="checkbox"/> 通院中	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 放置 <input type="checkbox"/> 手術
病名 (: 才)	<input type="checkbox"/> 通院中	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 放置 <input type="checkbox"/> 手術

かかりつけ医 なし あり (病院名:)

【アレルギー・注意情報】

* 食品 (くだもの・野菜など)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり → 下記に記入してください <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 乳製品 <input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> ナッツ類 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> アボガド <input type="checkbox"/> バナナ <input type="checkbox"/> キウイ <input type="checkbox"/> 栗 <input type="checkbox"/> じゃがいも <input type="checkbox"/> トマト <input type="checkbox"/> パパイア <input type="checkbox"/> もも <input type="checkbox"/> その他 ()
* ゴム (ラテックスなど)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり
* 金属	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり → ()
* 消毒薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり → ()
* アルコール禁忌	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 消毒剤 <input type="checkbox"/> 飲用
* 薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり → (薬品名/種類:) (症状:)
* ヨード造影剤	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり → (症状:)
* MRI 造影剤	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり → (症状:)
* インプラント	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → ()
* 絆創膏/医療用テープ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり → ()
* その他	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり → (花粉症・鼻炎・ハウスダスト等) (上記以外)

【嗜好品について】

喫煙 吸ったことがない
吸う () 才から1日 () 本 電子たばこ 紙たばこ
吸っていたがやめた () 才から () 才まで1日 () 本
 飲酒 飲まない
飲む 種類 () 1回量 () 程度 () 回/週・月
飲んでいたがやめた 時期 ()

【確認事項】

*宗教 特になし あり→宗教上のご希望がありましたら、お書きください
 コメント()
 *現在、妊娠の有無 なし あり 不明
 *ペースメーカーを埋め込んでいますか なし あり
 *市販薬やサプリメント、栄養剤（プロシユア等）を使用していますか
なし あり ()
 *臓器提供の意思表示 なし あり→ (意思カード・保険証・運転免許証・その他)
 お身体に不自由なことがありましたら、チェックしてください
 *視覚 : 眼鏡 コンタクト 全盲 半盲 義眼(右) 義眼(左) 盲導犬
 *聴覚 : 両耳 右耳 左耳 補聴器(右) 補聴器(左) 手話
 *運動 : 右上肢 左上肢 右下肢 左下肢
脊損(頸椎) 脊損(胸椎) 脊損(腰椎)
 *認知機能 : あり 不安
 *言語 : ことばが話にくい ことばが話せない
 *その他 ()

【身体障害手帳について】

身体障害者手帳 なし あり
 手帳の種類 () () 級

【介護保険について】 ※病院から連絡させていただく場合があります。

介護認定	介護度	ケアマネージャー有・無
<input type="checkbox"/> なし		ケアマネージャーの名前
<input type="checkbox"/> あり ありの場合	要支援 1・2	事業所
<input type="checkbox"/> 申請中 (申請日 /)	要介護 1・2・3・4・5	電話番号

ご記入ありがとうございました