

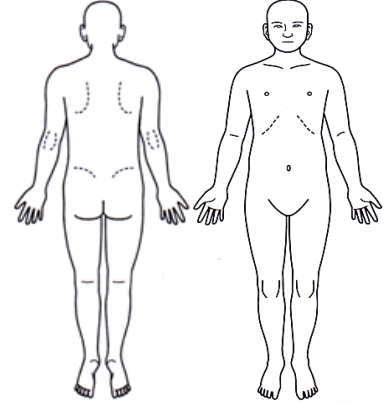
リハビリテーション科 問診票

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)

⑦ 現在お薬を飲んでいますか※ いいえ・はい (薬名)

お薬手帳をお出してください

⑧ ご家族に病気の方はいますか いいえ・はい (誰が) (病名)

⑨ 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)

⑩ 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

⑪ 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 ()

⑫ 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

⑬ 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（ ） ）

⑭ 同居家族（ なし 夫 妻 子ども 親 ）

⑮ 介護保険はお持ちでしょうか【 あり（ 級） ・ なし 】

⑯ 介護サービスは受けられていますか （ はい ・ いいえ ）

⑰ この1年間で健診を受診しましたか※ （ はい ・ いいえ ） 指摘事項()

⑱ マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか （ はい ・ いいえ ）

⑲ 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、

ご記入下さいました情報は診療に必要な範囲においてのみ活用し、当該利用目的以外には使用いたしません。

※⑦・⑰項目はマイナ保険証の情報取得に同意した場合、記載は省略可能です。

阪南市民病院 リハビリテーション科

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。