

# 問 診 票 (ファストパス用)

フリガナ		生年月日
お名前	( 男 ・ 女 )	明・大・昭・平 年 月 日
住所	〒	電話番号 — —

## <介護認定を受けている方のみご記入下さい>

要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
担当ケアマネージャー	お名前： 施設名：
利用中のサービス	
介護従事者等の付添いの方へ	ご本人及びご家族さんの同意を得ていますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

### 1. 自覚症状 (○で囲んで下さい。)

いつ頃からですか？  1～3日前から  1週間前から  1か月前から  その他 ( ) どのような症状ですか？

- ①風邪症状 ・発熱 ・頭痛 ・せき ・鼻水 ・のどの痛み ・体がだるい  
 ②胃腸症状 ・下痢 ・便秘 ・吐き気 ・嘔吐 ・胃が痛い ・お腹が痛い ・食欲がない  
 ③痔の症状 ・出血 ・痛み ④その他 ( )

### 2. 今まで薬や食べ物等でアレルギーがでたことはありますか？ ある ・ ない

「ある」の方は薬や食べ物を記載して下さい⇒ ( )

### 3. 今までかかったことのあるものに○をつけて下さい。

- ・ぜんそく ・前立腺肥大 ・糖尿病 ・緑内障 ・高血圧 ・心臓病 ・肝臓病 ・胃腸病  
 ・脳卒中 ・腎臓病 ・肺結核 ・梅毒 ・出血傾向 (血が止まりにくい)  
 ・手術の有無 (有・無) ・輸血の有無 (有・無)

### 4. 今までに当病院に通院又は入院したことがありますか？ ある ・ ない

「ある」の方はいつ頃ですか？⇒ ( )

### 5. 現在他の病院にかかっていますか？ はい ・ いいえ

「はい」の場合は、ご記入下さい。(病名： )

(病院名： )

### 6. 現在飲まれている薬がありますか？ ある ・ ない

薬の名前 (お薬手帳のコピーでも可) \*お薬手帳等をお持ちの方は受付にて提出下さい。

### 7. たばこは吸っていますか？ はい ・ いいえ

「はい」の方は (①1日に 本くらい ② 年間くらい )

### 8. アルコールは飲みますか？ はい ・ いいえ

「はい」の方は (①飲む頻度：毎日・週 日・月 日 ②種類： ③量： )