

FAX連絡・問診票

施設名

担当者名/連絡先

病院記入欄

ID

受診日時 令和 年 月 日 ()

主治医

記載日 令和 年 月 日 () (:)

フリガナ		性別	住所 〒 -	
患者氏名		男・女		
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	(歳)	電話:	携帯:
保険番号		被保険者との続柄	公費負担番号	
記号			公費医療受給番号	
番号			公費医療受給番号	
付き添う人		移動手段		移動状況
当院受診歴			認知症	
担当ケアマネジャー・事業所名			介護度	
備考				

問診票

どこの部位	<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 首 <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 鎖骨 <input type="checkbox"/> 手首 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 太もも <input type="checkbox"/> 足首 <input type="checkbox"/> かかと <input type="checkbox"/> 腰 <input type="checkbox"/> 尻 <input type="checkbox"/> 前腕 <input type="checkbox"/> 二の腕 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> アキレス腱 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> ふくらはぎ <input type="checkbox"/> 背中 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 指 ()指 <input type="checkbox"/> 足の裏 <input type="checkbox"/> 足の甲 <input type="checkbox"/> 足の指 ()指
どんな症状 <small>※症状が複数の場合、 左右を部位の横に記載</small>	・痛み <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ・しびれ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ・腫れ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ・変形 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ・裂傷 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ・その他 ()	
いつから	昭和・平成・令和 年 月 日 頃から () 年前から	
思い当たる原因	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> 頭部打撲	
現在のバイタル 測定時間 (:)	体温 度	血圧 / 脈 SPO2
身長・体重	cm kg (測定日)	
今までかかったことのある病気、現在治療中の病気	<input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 慢性肝炎 (<input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎) <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 (<input type="checkbox"/> 食事療法 <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> インスリン) <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> リウマチ	
お薬	あり・なし	病院名 処方薬
		病院名 処方薬
※お薬手帳など処方内容が確認できるものがある方は記載は不要です。添付してください。		
血液の流れをよくするお薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> バイアスピリン <input type="checkbox"/> プラビックス <input type="checkbox"/> ワーファリン <input type="checkbox"/> イコサセント <input type="checkbox"/> オパルモン <input type="checkbox"/> パナルジン <input type="checkbox"/> プレタール <input type="checkbox"/> エパデル その他 ()	
アレルギー症状	薬品 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある 薬品名 () 症状 () 食品 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある 食品名 () 症状 () 金属 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある 金属名 () 症状 ()	
今までに手術・輸血をしたことがありますか	手術 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 輸血 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある	
ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 入っている <input type="checkbox"/> 入っていない	
体内に金属が入っていますか (ステントクリップ等)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位 ()	

医療・福祉相談室専用 FAX 0154 - 23 - 2763

医療法人 東北海道病院 医療・福祉相談室

TEL0154 - 68 - 5654 (直通) ・ 0154 - 23 - 3425 (代表)