

内科問診票

西暦 年 月 日

ふりがな

氏 名

生年月日 T・S・H

年 月 日

住 所 〒

年齢 才

電話番号

本日はどうされましたか

身長 cm・体重 kg

既往歴 ★骨折・手術・入院治療など

なし・あり

↓病名

↓病院名

①	年 月 才()
②	年 月 才()
③	年 月 才()
④	年 月 才()
⑤	年 月 才()

家族歴 ★血縁関係(祖父母・おじ・おばぐらいまで)

なし・あり

心疾患 (狭心症・心筋梗塞)

脳疾患 (脳溢血・脳梗塞・脳出血)

悪性腫瘍

その他：

なし・あり ★整形外科・眼科・心療内科など(お薬手帳持参の方はご提示してください)

↓病名

↓病院名

↓処方薬

①	()
②	()
③	()
④	()
⑤	()

アレルギー なし ・ あり

食物：

動物アレルギー：

薬物：

花粉症など：

生活歴 アルコール 飲まない ・ 飲む→()ml/日 ()日/週

何をのみますか → ビール・チューハイ・日本酒・焼酎・ウィスキー

ブランデー・ワイン・そのほか()

タバコ □吸ってる ()本/日 ()才から ()年間

□吸っていた ()本/日 ()才 ～ ()才まで

□吸わない

妊娠の可能性はありませんか なし ・ あり (妊娠 ヶ月 ・ 生理が遅れている)

【ケアマネ】

事業所

担当者

【介護度】

自立・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5

【外部サービス】

◎デイサービス 週____回：月・火・水・木・金・土・日

◎訪問介護（ヘルパー） 週____回：月・火・水・木・金・土・日

◎訪問看護 週____回：月・火・水・木・金・土・日

【家族構成】

・元々の家族構成

○人兄弟の○番目で、祖父母・両親の8人家族など

（ ）

出身地（ ）

・現在の家族構成

子ども：_____人

例 長男 大阪市内在住 別居

（ ）（ ）同居・別居

（ ）（ ）同居・別居

（ ）（ ）同居・別居

（ ）（ ）同居・別居

・同居の家族構成・主な介護者

例 妻と2人暮らし、近所の娘がキーパーソン

【自宅の状況】 一軒家____階建て、____階に居住、ベッド使用？

【ADL】

歩行：自立・杖で自立・歩行器使用で自立・一部介助要・車椅子・寝たきり

排泄：自立・声掛けで自立・尿取りパット・オムツ全介助

食事：自立・声掛けで自立・一部介助・全介助・胃ろう

入浴：自立・声掛けで自立・一部介助・全介助

認知：なし・物忘れ程度・問題あり

意思疎通：問題なし、

視力：問題なし・眼鏡・コンタクト・ほぼ見えない・全く見えない

聴力：問題なし・補聴器使用で問題なし・補聴器なく聞こえにくい・ほぼ聞こえていない

【今困っていること】：物忘れ・徘徊・怒鳴りだす など

（ ）