

基本情報シート

記入日 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日
氏名		男・女	大正・昭和・平成 年 月 日生
住所	〒 -	ご自宅・電話番号	
		緊急連絡先	(様)

本日、受診された目的をご記入ください。

- ❖ 気になる症状をお聞かせください。 を付けてください。
- 熱がある 体重減少 のどの痛み 不眠 咳・痰 めまい
 鼻水・鼻づまり・くしゃみ 筋・骨格の痛み(ひざ・腰・肩・くび)
 頭痛 しびれ はきけ・はいた 健診で異常を指摘された お腹の症状()
 こけたので診てもらいたい(部位) 胸(息切れ・動悸・胸痛) 便の異常
 尿の異常 むくみ その他()

現在および過去にかかった病名、現在飲んでいる薬があればお書きください。
(例: 50歳 糖尿病 インシュリン使用など)

- ❖ 身体障がい者手帳 有・無 第 種 級
- ❖ 手術を受けられたことはありますか? はい・いいえ (どのような手術ですか。)
- ❖ 食品・薬でアレルギーを起こされたことはありますか? はい・いいえ
「はい」と答えられた方は、何で() どのような症状()

- ❖ お仕事はされていますか? はい・いいえ
差し支えなければご職業をご記入ください。(退職されている場合はこれまでのご職業)
- ❖ 経済的な不安はありませんか? ある・ない
- ❖ 介護保険は申請されていますか? はい・いいえ
「はい」と答えられた方 介護度() ケアマネージャーの事業所・担当()
受けておられるサービス内容をお教えてください。例) デイサービス 火・金 など

家族構成 例) 夫 80歳と長男 50歳 の3人暮らし など

*家族の方で以下の病気の方がおられますか?
例) 癌 父 など

癌()
 高血圧()
 糖尿病()
 腎臓病()

- ❖ 当診療所をどちらでお知りになりましたか? ○をお付けください。
 家族がかかっているから() 友人・知人より紹介() 電話帳() 近所に住んでいるから()
 案内板を見て() 当診療所の前を通過して() 当診療所歯科からの紹介() インターネットで検索()
 新聞・チラシ() 他の医療機関からの紹介状を持ってきたので() その他()