

## 問 診 票

患者様 \_\_\_\_\_ ※ お薬手帳を忘れずに

性 別 男・女 \_\_\_\_\_ 生年月日 T・S・H・R \_\_\_\_\_ 年 月 日

施設名 \_\_\_\_\_

同伴者名 \_\_\_\_\_ 連絡先 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

家族同伴 なし ・ あり \_\_\_\_\_ (続柄: \_\_\_\_\_)

1. 今日はどうしましたか？
  
2. いつからですか？
  
3. 何か処置はしていますか？
  
4. 今まで病気、ケガ、手術をしたことがありましたか？
  
5. 普段、お薬は飲んでいますか？
  
6. アレルギーはありますか？ なし ・ あり (薬 ・ 食べ物 ・ その他 )
  
7. 普段のADLはどうですか？
  - ・ 移動 ( 自力 ・ 介助 ・ 車いす ・ 寝たきり )
  - ・ 着替え ( 自力 ・ 介助 )
  - ・ 寝返り ( 可 ・ 不可 )
  - ・ 入浴 ( 自力 ・ 介助 )
  - ・ 排泄 ( 自力 ・ 介助 )