

フリガナ

氏名

インフルエンザワクチン 接種済 ・ 未接種

体温 ℃ / 身長 cm / 体重 kg / ご職業

1. 今日はどうなさいましたか？

- 発熱（最高 ℃） 喉の痛み 咳 鼻水 身体がだるい 頭痛
- 胃腸の調子が悪い 吐き気 食欲がない 腹痛 下痢 便秘 血圧が高い
- 体重減少 貧血 めまい 動悸 胸が苦しい 睡眠障害
- 手足のしびれ いらいら感 不安感、恐怖感 気分の落ち込み 意欲低下
- その他（ ）

2. いつ頃からですか？ （ ）

3. その症状に対して、お薬は飲みましたか？

- 飲まない
- 飲んだ お薬の名前：（ ）

4. 今までに何か病気をされたことはありますか？

- ない
- ある （ ）

5. アレルギーはありますか？

- ない ある 薬 （ ）
- 食物 （ ）
- 花粉症 （ ）
- その他 （ ）

6. 現在定期的に飲んでいるお薬はありますか？

- ない ある お薬の内容
- お薬手帳あり

Empty dashed box for medication details.

7. お薬についてご希望はございますか？

- 漢方薬 ジェネリック その他（ ） なんでもよい

8. サプリメントや健康食品は摂取していますか？

- していない している（ ）

9. 日頃の生活習慣についておたずねします。

- ◆タバコは吸いますか？ 吸わない 吸う（1日 本 / 年間）
 吸ったことがある（ 年前に禁煙）
- ◆お酒は飲みますか？ 飲まない 飲む（種類 / 1回量 / 週 日）
- ◆運動習慣はありますか？ なし あり（ ）
- ◆睡眠状況を教えてください（ ）時頃就寝、（ ）時頃起床
平均（ ）時間

10. 介護認定を受けていますか？

- なし 申請中
- あり（要支援1・2 要介護1・2・3・4・5）

11. 現在、妊娠中又は妊娠の可能性はありますか？

- なし あり（妊娠 週）

12. 半年以内に海外へ行かれたか？

- いいえ はい（国名： ）

13. 当院をどこで知りましたか？

- ホームページ 知人の紹介 その他（ ）