

ふりがな 氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	大正	昭和	平成	令和
住所 〒 _____		年	月	日(才)	
電話(自宅) - -	緊急連絡先	氏名	続柄()			
電話(携帯) - -	電話番号					
身長 約 _____ cm	利き手はどちらですか	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左			
体重 約 _____ kg	ペースメーカー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			

※本日の付き添いの方に○をつけてください。

ご家族() 介護支援員 ・ 施設スタッフ ・ ヘルパー
その他() 合計 _____ 名

血圧: _____ / _____ 脈拍: _____ 体温: _____ °C / Spo2 _____ %

※血圧は中学生以上から測定して下さい

1. いつからどのような症状がありますか

2. 現在治療中、または過去にかかった病気、手術はありますか？

なし

あり→下記に詳しくご記入ください 例) 高血圧症 55歳～・大腿骨頸部骨折 40歳～

3. 現在 お薬を飲んでいますか

なし

あり→ _____

4. アレルギー(薬・注射・食べ物・花粉症)はありますか

なし

あり→詳しくご記入ください _____

5. 血縁関係のある方に次のような病気の方はいますか

なし

脳梗塞・脳出血・くも膜下出血(誰が _____) がん(誰が _____)

6. たばこについてお答えください

現在吸っている _____ 才～ _____ 本/日

喫煙歴あり _____ 才～ _____ 才まで・当時 _____ 本/日 喫煙歴なし

7. アルコールについてお答えください

飲まない 飲む _____ 回/週 お酒の種類 _____ 量 _____

8. 睡眠中いびきをかきますか なし あり わからない

9. 女性の方で当てはまる項目があればチェックしてください

なし 妊娠中 妊娠の可能性があり 授乳中