

施設用問診票

年 月 日

フリガナ			<input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 有料 <input type="checkbox"/> GH <input type="checkbox"/> その他			
氏名			施設名			
生年月日	T・S・H・R	年 月 日	年齢	歳	性別	男・女
本日はどうなさいましたか						
今までの病気	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心疾患（狭心症・心不全・不整脈） <input type="checkbox"/> 悪性疾患・血液疾患					
	<input type="checkbox"/> 脳疾患（出血・梗塞） <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 骨折（上肢・下肢） <input type="checkbox"/> その他					
本日の同行者	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 看護師・介護職 <input type="checkbox"/> その他（ ）		ご家族	名前（ ） 続柄（ ） 連絡先（ ）		
通常時 ADL	移乗	<input type="checkbox"/> 歩行可能 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー		意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 認知症	
	食事	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 経管		最終飲食	月 日（朝・昼・夕）	
その他						
※医師に伝えたいこと						
お願い	<p><input type="checkbox"/>事前連絡は不要です。 本用紙を持って受付時間内にお越しください （午前 8:30-11:30 午後 11:30-16:30） <input type="checkbox"/>内服薬を持参して下さい（お薬手帳または内服1日分） <input type="checkbox"/>かかりつけ医の診療情報提供書がお手元にある際はご持参下さい <input type="checkbox"/>入院、検査・処置によってはご家族の同意が必要となります。ご家族と連絡がとれるようにしてください。</p>					

ご不明点がございましたら、下記に連絡下さい。

医療法人 聖心会 **南古谷病院**
 （代表）049-235-7777