FAX No. 045-228-1952

株式会社スキルアップ

通院サポート　問診票

下記フォームに医師に伝える事項をご記入の上、事前に弊社までFAXしていただくか、
当日ナースにお渡しください。

1　症状

今、どのような症状がありますか？（今回受診する理由）
例）熱がある、頭痛がする、手足がしびれる、など具体的に記載してください。

2　経過

いつからその症状が始まりましたか？
例）9 月 5 日頃より　突然　始まった。

月　　日 頃より　（突然・徐々に） 始まった。

3　現病歴

1) 現在、治療中の病気はありますか？
例）高血圧症

☐ なし　　☐ あり（病名：　　）

2) その病気はいつから治療を続けていますか？
例）高血圧症　約 5 年前から

・病名 ：　　約　　年前から
・病名 ：　　約　　年前から

3) 介護認定、障害者認定など受けていますか？
例） ☑ 精神障害　（　一級　二級　三級　）

☐ 介護認定
（　要支援1　要支援2　要介護1　要介護2　要介護3　要介護4　要介護5　）
☐ 身体障害　（　一級　二級　三級　四級　五級　六級　）
☐ 療育手帳　（　一度　二度　三度　四度　）
☐ 精神障害　（　一級　二級　三級　）

2011(c) Skill Up Inc. all right reserved.

4　常用薬

1) 現在飲んでいる薬はありますか？
例）アダラートL錠

☐ なし　　☐ あり　（薬品名：　　）

2) これまでに、薬や食べ物でアレルギーをおこしたことがありますか？

☐ なし　　☐ あり　（薬の名前：　　）
（食べ物：　　）

5　既往歴

1) これまでにかかった主な病気を教えてください。
例）約 6 年前　胃がん

☐ なし
☐ あり　・約　　年前　病名：
・約　　年前　病名：

2) 今までに、入院したり手術を受けたことはありますか？
例）約 2 年前　大腿骨　骨折

☐ なし
☐ あり　・約　　年前　傷病名：
・約　　年前　傷病名：

3) 近親者（親・兄弟・子供）に次の病気の方はいらっしゃいますか？

☐ がん　☐ 脳出血（くも膜下出血を含む）　☐ 脳梗塞　☐ 心筋梗塞
☐ 狭心症　☐ 糖尿病　☐ 高血圧　☐ 肝炎　☐ 腎臓病　☐ 結核
☐ その他（　　）

6　家族構成

ご家族について教えてください。

☐ 単身　（　ご自宅　施設　その他（　　）　）
☐ 夫婦のみ　☐ 夫婦と子供　☐ ご本人と子供

※配偶者、保護者、お子さんなど連絡先がありましたらご記入ください。

お名前：
続　柄：
連絡先：［住所］

［電話番号］

7　その他

前記の他に医師に伝えた方が良いと思われることがありましたら何でも記載してください。

2011(c) Skill Up Inc. all right reserved.