

# 入院問診票

氏名 \_\_\_\_\_ (生年月日 T・S・H \_\_\_\_\_) 歳

○ 緊急連絡先（連絡の取れる方3名の記載を必ずお願いします）

	氏名	続柄	住所	自宅電話	携帯電話
1					
2					
3					

○ 介護保険サービス利用について いずれかにチェックまたは記載をお願いします

介護保険のサービスについて（利用あり 利用なし 介護度はあるがサービス利用はない）

要介護度（要支援 1 2 要介護度 1 2 3 4 5）

担当ケアマネジャーのお名前（ \_\_\_\_\_ ）事業所名（ \_\_\_\_\_ ）

その他利用しているサービスなど（ \_\_\_\_\_ ）

○ 既往歴（今までにかかった病気・入院歴・手術など）について記載して下さい

年齢	病名	病院	お薬の有無	現在の通院有無
			有 無	有 無
			有 無	有 無
			有 無	有 無
			有 無	有 無

直近の入院歴について（過去1年以内） \*必ずご記入下さい

病院名 \_\_\_\_\_ 期間【 年 月 日～ 年 月 日】

アレルギー（有 無）症状・病名など \_\_\_\_\_

喫煙歴（有 無） 本/日 \_\_\_\_\_ 喫煙年数 \_\_\_\_\_

義歯（有 無）部分 上 下 \_\_\_\_\_ 総義歯 上 下 \_\_\_\_\_

※ 入院時にはお薬手帳のご提示を必ずお願い致します