

入院時間診票

各務原病院では、入院時にスムーズな入院医療を行うため、事前の問診票の記入をお願いしております。
記入につきましては、ご本人あるいはご本人の様子がよくお分かりになる方がご記入ください。

フリガナ			生年月日			
お名前						
住所	〒			性別		
TEI	自宅		—			
	携帯		—			
連絡先	①	氏名	続柄	住所	〒	
		カナ		電話番号		
				同居の有無		
	②	氏名	続柄	住所	〒	
		カナ		電話番号		
				同居の有無		
身長			血液型	型	体重	kg
	cm					

※郵便番号・電話番号(自宅・携帯)両方を忘れずにご記入ください

① 何かアレルギーはありますか？

なし あり

薬剤や食品名をご記入下さい _____

② ワクチンの接種状況を教えてください。

新型コロナワクチン 未接種 あり
回数 _____ 回 最終接種月 令和 _____ 年 _____ 月
インフルエンザワクチン 未接種 あり
接種月 令和 _____ 年 _____ 月

③ いままで治療された身体のご病気、手術歴。現在治療中の病気などについて

なし あり

時期	病名	経過	薬
時期	病名	経過	薬
時期	病名	経過	薬

④ 入院までの経緯をお書きください(いつからどのような症状があるかなど)

あてはまる症状があれば、チェックをつけてください

- 眠れない 気分が落ち込む イライラする 食欲がない 不安になる
 泣きたくなる 周りのことが気になる 何かが聞こえてくる 何かが見える
 何もする気がしない あることが気になってしょうがない 死ねたらと思う
 アルコールがやめられない ギャンブルがやめられない 薬物がやめられない

⑤ 生育歴・教育歴・職業歴についておうかがいします。

出生地

(都道府県名)

最終学歴

(中学校 高校 専門学校 大学 大学院)

卒業 在学中 中退

職業

⑥ ご家族についておうかがいします

両親はご健在ですか？ はい

いいえ (父のみ健在 母のみ健在)

兄弟姉妹はいますか？ なし

あり ()人中(番目)

子供はいますか？ なし

あり (人)

結婚歴 未婚

既婚 離婚

現在同居の方は？ 祖母

祖父 配偶者

父

母

子供

その他 ()

⑦ 喫煙歴についておうかがいします。

喫煙

なし

現在も喫煙あり ()歳から一日約()本吸っている

過去喫煙歴あり ()歳 ~ ()歳まで喫煙していた。

⑧ 保険種別・介護保険・障害者手帳についてそれぞれおうかがいします

保険種別

健康保険 生活保護 重度医療 その他

介護保険

無

有 (申請中 申請予定)

要支援 要支援1 要支援2

要介護 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5

障害者手帳

無

有 (精神 身体 療育)

障害名

1級 2級 3級 A1 A2 B1 B2

ご協力ありがとうございました。ご不明な点等ございましたら看護師にお尋ねください。