

東海記念病院 フットケア相談 問診票

個人情報保護法に基づき、ご提供いただいた情報は診察・健康管理の目的以外に使用することはありません。

【患者様】 [ID:] 住所・電話番号変更あり

ふりがな	性別	生年月日
氏名		年 月 日 (歳)
現住所 (〒 -) ※アパート、マンション名もご記入ください。		
自宅電話番号	緊急連絡先	氏名 続柄()
携帯電話番号		電話番号
『マイナ保険証』による診療情報取得に同意しますか？ はい ・ いいえ ・ 持っていない 当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。		
【ご相談者様 (ご相談元医療機関)】		
ふりがな	職種	患者様との関係
氏名		
医療機関名	電話番号	
	F A X	

1. 既往歴

なし あり (病名/手術名:)
 ※既往歴の分かる書類のコピーでも可

2. ADLの状況

移動方法
 歩行 (独歩 ・ 杖 ・ 歩行器) 車いす ストレッチャー
 介助
 要 不要

3. 現在、飲んでいる薬はありますか。

なし あり (お薬手帳あり お薬手帳なし ※お薬手帳のない方はわかる範囲で薬剤名を記入)
 [お薬名:]

4. 薬・注射・食品などでアレルギーの症状が出たことはありますか。

なし あり
 [種類・症状:]

5. かかりつけ医はありますか。

なし あり (病院名/クリニック名:)

6. 利用しているサービスはありますか。

なし 訪問看護 デイケア ヘルパー 訪問リハビリテーション
 その他 ()

7. 相談内容

