

《 基本情報 》

記入日 _____

* お薬手帳や、薬局での薬の説明書をお持ちであれば、ご準備ください。*

年齢 _____ 身長 _____ cm / 体重 _____ kg

①過去に下記の病気にかかったことや、現在、治療中の病気はありますか？ はい／いいえ

* 悪性腫瘍 * ぜんそく (治癒 ・ 治療中) (小児ぜんそく _____ 年前まで)

* 薬でジンマシン (薬品名 _____) * 胃潰瘍 (治癒 _____ 年前 ・ 治療中)

②現在、内科などの他の医療機関での通院、治療はされていますか？ はい／いいえ

* 高血圧 * 糖尿病 * 肝臓疾患 * 心臓疾患 * 脳血管疾患 * コレステロール

* 緑内障 * その他 (_____)

治療されている病院はどこですか？ _____

③感染性疾患 (肝炎・結核・血液感染症等) はありますか？ はい／いいえ

* 肝炎 (_____ 型) * 結核 _____ * その他 (_____)

④現在、飲んでいるお薬はありますか？ はい／いいえ

(お薬手帳や、薬局での薬の説明書をお持ちであれば、提出してください。)

薬の名前: _____

⑤今までに手術を受けたことがありますか？ はい／いいえ

ある と答えた方は以下の質問にお答え下さい。

・疾患名: _____ ・病院名: _____ ・年齢: _____ 歳 ・実施日: (_____ 年 _____ 月 _____ 日)

・疾患名: _____ ・病院名: _____ ・年齢: _____ 歳 ・実施日: (_____ 年 _____ 月 _____ 日)

・疾患名: _____ ・病院名: _____ ・年齢: _____ 歳 ・実施日: (_____ 年 _____ 月 _____ 日)

⑥定期的に健康診断を受けていますか？ (40歳以上の方) はい／いいえ

・受けていない (_____) 年以上

⑦介護保険の認定を受けていますか？ (65歳以上の方) はい／いいえ

・認定を受けている方は下記に○印をつけてください

要支援 / 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)

⑧現在、授乳中・妊娠中・妊娠の可能性のある方は必ず申し出てください。

・妊娠の可能性はありますか？

はい／いいえ

・妊娠中 (_____ 週目) ・授乳中 _____ かかっている病院 _____

その他ご意見、ご質問がありましたらご記入下さい。

裏面もご記入お願いいたします。