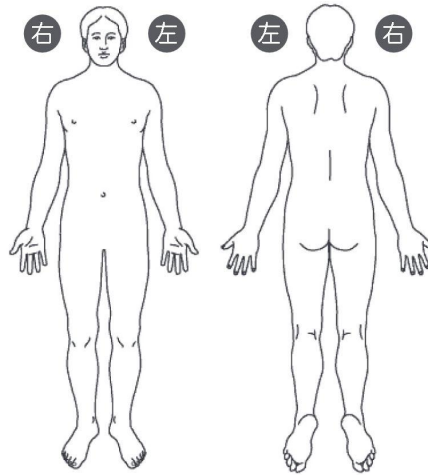


患者氏名

記入日 年 月 日

●症状がある場所に○をつけてください。(複数箇所ある場合は番号を記入してください)

①いつから
症状
.....
.....
(現在している処置)
②いつから
症状
.....
.....
(現在している処置)
③いつから
症状
.....
.....
(現在している処置)



体重 kg

●今までかかった病気・治療中の病気はありますか。

発症年齢	病名	受診状況
歳		治癒・治療中
		病院名
歳		治癒・治療中
		病院名
歳		治癒・治療中
		病院名
歳		治癒・治療中
		病院名

●現在、内服している薬がありますか はい・いいえ

()

●薬のアレルギーはありますか はい・いいえ:お薬名()

●認知症はありますか(はい・いいえ)

●介護保険の認定を受けていますか(はい・いいえ)

はいの方⇒要支援(□1 □2) (✓をつけてください)

要介護(□1 □2 □3 □4 □5)