

カルテNo:

患者氏名:

本日はどうなさいましたか	
過去現在の病歴	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓 () <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 () <input type="checkbox"/> 感染症 (肝A型・肝B型・肝C型・HIV・その他) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 認知症 (アルツ・レビー・脳血管) <input type="checkbox"/> 腎疾患 (透析あり・なし) <input type="checkbox"/> その他 ()
通院中の医療機関	医療機関名： 担当医：
現在の血圧	最高 /最低 mmHg
服用中のお薬	<input type="checkbox"/> 降圧剤 <input type="checkbox"/> 血液サラサラの薬 <input type="checkbox"/> 安定剤 <input type="checkbox"/> 骨粗相症 (服用・点滴) <input type="checkbox"/> 鎮痛剤 (痛み止め) <input type="checkbox"/> 胃薬 <input type="checkbox"/> 喘息薬 <input type="checkbox"/> 抗生剤 <input type="checkbox"/> その他 () (薬品名：)
お薬を飲んで副作用を起こしたことがありますか	<input type="checkbox"/> ありません <input type="checkbox"/> あります ありますと答えた方は異常はありましたか (ある・ない) 副作用がありましたか？ <input type="checkbox"/> 蕁麻疹 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 眠気 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> その他 ()
歯科麻酔の経験はありますか	<input type="checkbox"/> ありません <input type="checkbox"/> あります ありますと答えた方は異常はありましたか (ある・ない) どのような異常でしたか？ ()
入れ歯は使っていますか	<input type="checkbox"/> ある (使用中・使用していない) <input type="checkbox"/> ない
食形態はどれですか	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 介護食 () <input type="checkbox"/> 非経口 ()
水分にとろみをつけていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()
デイサービスは受けていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (曜日と時間帯：)
訪問看護を受けていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (曜日と時間帯：)
その他サービスを受けていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (曜日と時間帯：)
その他訪問についてのご希望・ご相談あればお書き下さい。	

メモ欄	
-----	--