

# 相談表 (秘)

年 月 日

氏名

(記入者名 )

(受診する人との関係 )

お手数ですが、書ける範囲で構いませんので各項目にご記入をお願い致します。

プライバシーは守られますのでご安心ください。

1. どのようなことでおいでになりましたか？ (簡単に要点を書いて下さい)

2. それはいつ頃からですか？

3. そのことで病院にかかりましたか？

(丸をつけてください：今かかっている 初めて 以前かかったことがある)

病院名	科名	期間
① ( ) ( ) ( 年 月 日頃～ 年 月 日頃)		
② ( ) ( ) ( 年 月 日頃～ 年 月 日頃)		

薬は ・飲んでいる (医師から処方された薬 市販の買い薬)  
(薬の名前 )  
・飲んだことがある (医師から処方された薬 市販の買い薬)  
(薬の名前 )  
・飲んだことがない

4. 今の健康状態についてお尋ねします

睡眠 (よい わるい) 食欲 (よい わるい) 便通 (ふつう 便秘 下痢)

動悸 (する しない) めまい (ある ない) 疲れやすい (はい いいえ)

頭痛 (ある ない) 肩こり (ある ない)

糖尿病は (ある ない わからない)

体の動きで不自由なところはありますか (ある ない)

月経 (順調 不順)、初潮 歳、閉経 歳、月経前後に具合が悪くなりますか？ (はい いいえ)

アルコール (飲まない やめている 飲む：一週間に 日、何を 量 )

タバコ (吸わない やめている 吸う：一日 本くらい)

アレルギー 薬のアレルギー (ない ある：薬の種類や名前は？ )

食物のアレルギー (ない ある：食物の種類は？ )

現在治療している体の病気があれば書いて下さい

	病名	かかりつけの医療機関名	科名	いつから
①	( )	( )	( 科)	( )
②	( )	( )	( 科)	( )

そのことでお薬を飲んでいますか。薬の名前がわかれば書いて下さい

- ①
- ②
- ③

薬以外の治療を何かしていれば書いて下さい

( )

## 5. これまでの健康上の問題

生まれた時 (安産 難産 未熟児 仮死 わからない)

ひきつけやけいれん (ある ない)

頭を強く打ったことは (ある ない)

気を失ったことは (ある ない)

これまでに体の病気やケガで治療を受けたことや入院したことは (ある ない)

あれば簡単にお書き下さい

時期	病名	入院の有無	治療内容
( ~ )	( )	(ある ない)	( )
( ~ )	( )	(ある ない)	( )

## 6. 家族、その他の生活状況

同居人 (ある：あなたを含めて 人 ない)

お住まいは (自宅 アパート・マンション 寮 その他： )

経済状況は (らく ふつう 苦しい)

お父さんは ( 歳 健康・病気がち 歳で死亡)

お母さんは ( 歳 健康・病気がち 歳で死亡)

兄弟姉妹は (あなたを含めて 人 あなたは 番目)

あなたはふたごですか (はい いいえ)

結婚は (している していない) ( 回目) (時期 年 月)

(離婚 ない ある： 回、時期 )

相手の方は (健在 歳で死亡)

お子さんは ( 人)

7. その他

出生地 ( ) 育った主な土地は ( )  
最終学歴 ( ) 学科名 ( )  
(昭和・平成・令和 ) 年卒業 ( ) 年在学中 休学中 ( ) 年中退  
今のお仕事は? (なるべく詳しく書いて下さい。仕事の種類、部・科、役職など)  
( )  
いつから今のお仕事をされていますか? ( )  
管理職 (はい いいえ)  
現在の仕事の他に従事していた仕事はありますか? (ある : ない)  
障害者福祉や介護保険のサービスを利用していますか (している していない)  
利用していれば種類や等級をお書きください ( )  
自宅から当院までどのくらい時間がかかりますか ( 時間 分 くらい)

8. 以上の項目、またはそれ以外のことで書ききれなかったことがありましたらご自由にお書き下さい

\*\*\*\*\*

<看護師記載欄>

身長 c m  
体重 K g 増・減 K g 位  
BMI  
利き手 右 ・ 左  
体温 ℃ 血圧 / mmHg 脈拍数