

脳卒中科問診票

看護師記入時間 (	:	)		
体温	℃	血圧	/	mmHg
脈拍	回/分			
呼吸数	回/分	Spo2	%	
紹介状持参	無・有 (	)		
かかりつけ医	無・有 (	)		
持参資料	無・有 (	)		
付き添い	無・有 (	)		

お名前 _____ 男 ・ 女
生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 生まれ (_____) 歳
職業 _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg
【女性のみ】妊娠:していない・可能性あり・している(_____)週・授乳中

薬手帳 あり ・ なし (要スキャナ)

●いつから、どのような症状がありますか？

・ 呂律が回らない ・ (右手 ・ 左手 ・ 右足 ・ 左足) が動かしにくい ・ めまい ・ ふらつき
・ (右手 ・ 左手 ・ 右足 ・ 左足) 痺れる ・ 吐き気 ・ 頭痛
・ その他 (_____)
発症日時: _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分頃
(_____)

●現在治療中または今までかかったことのある病気・手術・輸血・入院等がありましたら教えてください。

病気: がん(_____) ・ 狭心症 ・ 心筋梗塞 ・ 脳卒中(脳梗塞 ・ 脳出血 ・ くも膜下出血)
喘息 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症(コレステロールや中性脂肪が高い) ・ 高尿酸血症
胆石 ・ 十二指腸潰瘍 ・ 腎臓病 ・ 前立腺 ・ 痛風
その他(_____)
※血縁者の中で上記病気にかかれた方はいますか？
どなた(_____) が、いつ(_____) 病名(_____)
手術: いつ(_____) 術名(_____)
輸血: なし ・ あり

●現在、飲んでいる薬や外用薬はありますか？

ない ・ ある(薬手帳の無・忘れた方は下記に記載)

(_____)

●アレルギーはありますか？

ない ・ ある(下記に記載)

気管支喘息 ・ 花粉症 ・ 食物(_____) ・ 薬(_____) ・ 造影剤

●生活歴について伺います。

喫煙…(吸わない ・ やめた ・ 吸う) (_____ 本/日) (_____ 歳～ _____ 歳まで)
飲酒…(飲まない ・ やめた ・ 飲む) 種類(_____) 量(_____ 合 _____ mL)
(_____ 歳～ _____ 歳まで _____ 回/週 ・ 月)

●家族構成について教えてください。

現在 _____ 人暮らし(家族構成 _____)

●介護認定 項目に○を付けてください。

未申請 申請中 非該当 要支援(1 ・ 2) 要介護(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)

●マイナ保険証により診療情報取得に同意しましたか？

はい ・ いいえ