**阿南病院　外来問診票**記載日　　　　　年　　　　月　　　日

阿南病院ID:

氏名：　　　　　 　　　　　様（男・女）　生年月日：　　　　　年　　　　月　　　　日生　　　　　歳

記入者所属・氏名：

1. 具合の悪いところを具体的に記入してください。いつから、どこが、どのように具合が悪いですか？
2. 最終バイタル（　　　　月　　　　日　　　　　時頃）　血圧：　　 　 　　　脈：　　 　体温：　　 　Spo2：　　　　　　　  
     
   体重：　　　　　　　　㎏（　　　　月　　　　日）　　　 　最終排便：　　　　月　　　　日
3. 食事量（例：月/日　朝〇割　昼〇割　夕〇割）　　　　最終食事時間：　　　　月　　　　日　　　　　時頃
4. 既往歴　（病名・発症時期）※コピー添付可
5. 現在内服中の薬　　※お薬手帳の提示またはコピー添付を必ずお願いします
6. アレルギーの有無：（あり・なし）「あり」の場合は内容と症状→
7. 普段のADL

・自立度：自立 一部介助 全介助

・移動手段：杖 歩行器 車いす リクライニング車いす

・危険行動（あり・なし）「あり」の場合は内容→

・センサーベッド使用（あり・なし）　　・エアマットの使用（あり・なし）

・排泄：自立 オムツ リハビリパンツ ポータブルトイレ Baカテーテル　　　　　　Fr

・食事形態　主食：　常食　全粥　ミキサー

　　　　　　　 副菜：　常食　一口大　あらきざみ　きざみ　ミキサー　補助食品

　　　　　　　　嚥下：　トロミ①　トロミ②　トロミ③　トロミなし

1. 介護度：　　　　　　　　　ケアマネ：　　　　　　　　　　　　　　　ショート利用者の場合：期間　　　　　　月　　　　　　日まで
2. 治療方針・本人家族の希望・キーパーソンなど、病院に伝えておきたいことを自由に記載してください