**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