

# 問診表

記載日 年 月 日

\*デイケア申し込みにあたり、これまでのお身体の情報をわかる範囲で記入してください。

\*デイケアご利用時の体調管理や体調変化時の対応、リハビリやレクリエーションでの身体的負担への可否などを把握するためにご協力をお願いします。

申し込み者 ( ) 様

記入者 : 本人/その他 ( ) 様:続柄 ( )

## 1. 現在、通院している病院はありますか。 (ある・ない)

「はい」 → ( )科 病名( )  
( )科 病名( )  
( )科 病名( )

上記とは別に、かかりつけ医がありますか。 (ある・ない)

「ある」 → 病院名( )

## 2. 今までに入院したり、手術を受けたり、長く治療を受けたことはありますか。

当てはまるものに○をつけてください。

脳卒中・骨折(手/足/その他)・心臓病・腎臓病・肝臓病・糖尿病・高血圧 リウマチ・てんかん・癌( )・その他( )
--

上記で○をつけたものやその他、詳細などわかる範囲で記入してください。

病名	いつ頃	病院名
( )	(昭和・平成 年 月 日)	( )
( )	(昭和・平成 年 月 日)	( )
( )	(昭和・平成 年 月 日)	( )
( )	(昭和・平成 年 月 日)	( )
( )	(昭和・平成 年 月 日)	( )

## 3. 現在、痛みがある部位はありますか。 (ある・ない)

「ある」 → 部位名( )

## 4. 1ヶ月以内に転倒や怪我などはありましたか。 (はい・いいえ)

「はい」 → 具体的にお願いします \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_