

## 診察問診表

フリガナ			生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和
氏名			年 月 日 (満 歳)	
			性別	男 ・ 女
身長・体重	cm	kg	配偶者	有 ・ 無
			職業	
住所	〒 -			
電話番号	自宅		優先連絡先	
	携帯		( 自宅 ・ 携帯 )	
E-mail	@			
アレルギー	無・有 ( )			
既往歴	心臓病・高血圧/低血圧・糖尿病・貧血・高脂血症・喘息・てんかん・肝炎・梅毒・HIV・結核・その他 ( )	家族歴	続柄	病名

◆現在までの経過をご記入ください。

疾患名				
発症時期	年 月 頃			
損傷部位				
麻痺	無・有 ( 右 ・ 左 ・ 両 )	利き手	右 ・ 左 ・ 両	
治療方法	薬物療法	無・有 ( 詳細 : )		
	手術	無・有 ( 詳細 : )		

◆現在の状態をご記入ください。

通院	無・有 ( 通院頻度 : 月に 回 )
リハビリ	無・有 ( リハビリ頻度 : 月に 回 / リハビリ内容 : )
服薬	無・有 ( 薬品名 : )

後遺症	いずれか該当するものに○してください。
	1, 全く症候がない。(自覚症状および他覚徴候がともにない状態である。)
	2, 症候はあっても明らかな障害はない。(自覚症状および他覚徴候はあるが、発症以前から行っていた仕事や活動に制限はない状態である。)
	3, 軽度の障害(発症以前から行っていた仕事や活動に制限はあるが、日常生活は自立している状態である。)
	4, 中等度の障害(買い物や公共交通機関を利用した外出などには介助を必要とするが、通常歩行、食事、身だしなみの維持、トイレなどには介助を必要としない状態である。)
	5, 中等度から重度の障害(通常歩行、食事、身だしなみの維持、トイレなどには介助を必要とするが、持続的な介護は必要としない状態である。)
	6, 重度の障害(常に誰かの介助を必要とする状態である。)

※介助とは、手助け、言葉かけによる指示および見守りを意味します。

※通常歩行は主に平地での歩行状態についてであり、歩行のための補助具(杖、歩行器)の使用は介助には含みません。

2~6に該当された方で以下の当てはまるものに○してください。	
1, 意識水準	<ul style="list-style-type: none"> <li>完全覚醒</li> <li>簡単な刺激で覚醒</li> <li>繰り返し刺激、強い刺激で覚醒</li> <li>強い刺激で覚醒</li> <li>完全に無反応</li> </ul>
2, 意識障害【質問】	今日は何月?自分の年齢は? <ul style="list-style-type: none"> <li>両方正解</li> <li>片方正解</li> <li>両方不正解</li> </ul>
3, 意識障害【従命】	両目の開閉をしてください。手を握る・開く動作をしてください。 <ul style="list-style-type: none"> <li>双方可能</li> <li>片方可能</li> <li>双方不可能</li> </ul>
4, 運動失調	<ul style="list-style-type: none"> <li>なし</li> <li>1肢のみ</li> <li>2肢のみ</li> </ul>
5, 感覚	<ul style="list-style-type: none"> <li>障害なし</li> <li>軽度から中等度</li> <li>重度から完全</li> </ul>
6, 構音障害	<ul style="list-style-type: none"> <li>正常</li> <li>軽度から中等度</li> <li>重度</li> </ul>

※上記はメール問い合わせ時にお答えいただいている場合、ご記入不要です。

※当院では、診察した上で適正でないと判断される方に関してはご治療をお受けできかねる場合もございます。

※この質問シートは、あなたのお身体にあった治療を計画するに当たっての基本となるものです。非常に重要なものですので、できる限り正確にお答え下さい。

※お客様のプライバシーに関する情報、相談内容につきましてはお客様の了解なしに公表することは一切ございません。個人情報、ご相談内容に関しまして、守秘義務を厳守致します。