

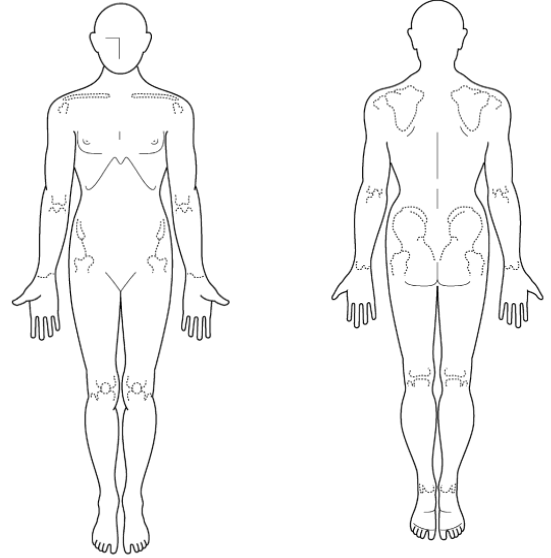
問診票
フリガナ
名前 () 生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 年齢 ()
性別 男・女 職業 () 電話番号 () 携帯 ()
介護認定区分 (申請なし・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5)
〒
住所

代筆者の名前・続柄 ()

身長 (cm) 体重 (kg)

① お困りの場所はどこですか？ 絵に○をつけてください

し



② どのような症状ですか？

痛い しびれる 動かしにくい はれている 傷がある
その他 ()

③ いつ頃からですか？

日前 ヶ月前 年前

④ 症状が出たきっかけ・原因はなんですか？

スポーツ 学校内 その他 ()
交通事故 (保険会社一括支払いになる可能性あり・なし)
工作中 (労災保険になる可能性あり・なし)

※交通事故、通勤中、業務中が原因の場合は 受付に必ず申し出てください

※学校からの書類がある場合は 受付に必ず申し出てください

⑤ この症状で現在・過去に検査や治療を受けていますか？

はい 医療機関名 () 治療内容 お薬 注射 リハビリ その他
いいえ

⑥ 今までに下記の病気にかかったことがありますか？

胃・十二指腸潰瘍 喘息 高血圧 心臓病 (ペースメーカーあり・なし) 肝臓病 (B型肝炎あり・C型肝炎あり)
腎臓病 糖尿病 高脂血症 前立腺肥大 緑内障 脳梗塞 (脳クリップあり・なし)
痛風 その他 ()

⑦ 今までに病気やケガで入院や手術を受けたことがありますか？

いいえ はい いつ () 手術名 ()

⑧ 現在 飲んでいるお薬はありますか？ **※ お薬手帳をお持ちの方はお出しください。**

いいえ はい 服薬中のお薬 ()

⑨ 薬や食べ物でアレルギーはありますか？

いいえ はい 何のアレルギーですか？ () アルコールアレルギー (有・無)

⑩ (女性の方のみ) 妊娠していますか？ はい いいえ 可能性あり 現在 授乳中ですか？ はい いいえ

閉経していますか？ いいえ はい (いつ頃)

★診療についてご希望がありましたら チェックしてください。

リハビリ 薬・注射 骨密度検査 レントゲン・採血などの精密検査 セカンドオピニオン

★当院をどちらでお知りになりましたか？

知り合い()様 家族 () 病院の紹介 ホームページ SNS 駅の看板 その他 ()