

問 診 票

No. _____

年 月 日

ふりがな		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (才)
氏 名	男 ・ 女	住 所	〒 _____
介護保険	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護	T E L	

●右図で、症状のある部位を○で囲んでください。

●いつから、どの様な症状ですか？

(_____)

●症状が出たきっかけは何ですか？

- 交通事故 仕事中のけが 通勤・通学
 スポーツ 特になし その他

(_____)

●今回の症状を他の病院で治療されましたか？

- はい 病院名(_____)
 治療内容： 手術 投薬 注射 リハビリ その他(_____)
 検査： レントゲン MRI 血液検査 その他(_____)
 いいえ

紹介状はありますか？ はい・いいえ

●現在治療中の病気がありますか？ いいえ

- 高血圧 糖尿病 心臓病 腎臓病 脳梗塞 喘息
 透析 胃潰瘍 肝臓病 その他(_____)

●今までに手術を受けたことがありますか？

- はい (手術名・年齢: _____)
 いいえ

●現在、内服している薬がありますか？

- はい (_____)
 いいえ ※お薬手帳をお持ちの方は問診票と一緒にお願いします。

●アレルギーがありますか？(薬、食べ物なども含めて)

- はい (何のアレルギーですか？ _____)
 いいえ

●女性の方のみお答えください。妊娠の可能性はありますか？授乳中ですか？

- はい ()ヶ月 ()週 授乳中
 いいえ

●当院をどのようにお知りになりましたか？

- 紹介 (_____)様
 クチコミ・看板・ホームページ・前を通りかかって・その他(_____)

