

問 診 票

フリガナ				男・女	
氏 名					
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生	才
住 所					
自 宅 電 話			他の連絡先		
●当院への来院のきっかけは？ ・知人からの紹介（氏名 _____ ） ・インターネット・広告・電話帳 ・他院からの紹介（病院名 _____ ） ・その他（ _____ ）					

1. アレルギー体質とか、異常体質と言われたことがありますか？

は	い	いいえ
---	---	-----

6. (女性のみ) 現在妊娠していますか、あるいは、妊娠の疑いがありますか？

は	い	いいえ
---	---	-----

2. 飲み薬や注射で気分が悪くなったり、発疹がでたことがありますか？

は	い	いいえ
---	---	-----

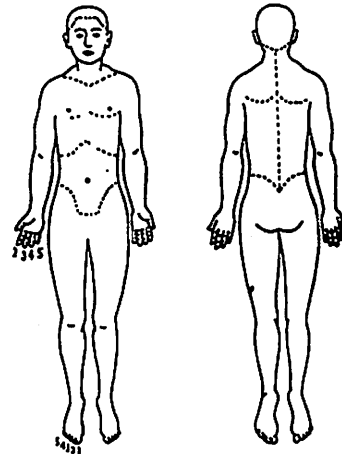
7. 今日はどうされましたか？

薬名

3. 現在のんでいる薬があれば記入して下さい。
※お薬手帳をお持ちの方はご提示をお願いします

薬名

8. 痛い箇所に○をしてください。



4. 現在あるいは、いままでに次の病気にかかったことがありますか。あれば○印でかこんでください。

胃潰瘍、脳卒中、肝臓病、肺炎、ぜんそく、心臓病、高血圧、糖尿病、婦人病、腎臓病、肺結核、その他（ _____ ）

5. 心臓の手術やペースメーカーをしていますか？

は	い	いいえ
---	---	-----

9. (65歳以上の方のみ) 現在要介護認定を受けていますか？

は	い	いいえ
---	---	-----

(はいの方のみ) 要介護認定区分

要支 1・2

要介 1・2・3・4・5