

問 診 票

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

1. アレルギー体質や、異常体質と言われたことがありますか？

は い	いいえ
-----	-----



2. 家族歴

あ り	な し
-----	-----



((例)がん・リウマチ・糖尿病など)

3. 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
-----	-----

薬名

4. 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お願いします

薬名

5. 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○印でかこんで下さい。

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 (_____)

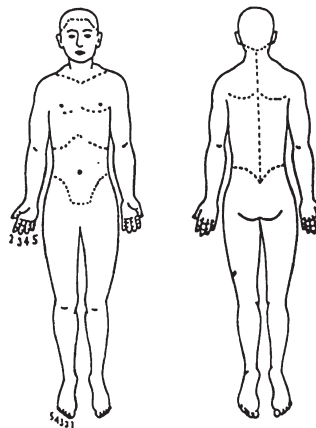
6. 心臓の手術やペースメーカーをしていますか？

は い	いいえ
-----	-----

7. (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
-----	-----

8. 痛い箇所に○をして下さい。



9. 今日はどうされましたか？

いつ
どこで
どうされましたか？

10. (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