

※頭を打った方、ご気分のすぐれない方は受付までお申し出ください。

# 問 診 票

令和 年 月 日

診察券番号

ふりがな

お名前

様 (男・女) 大・昭・平・令 年 月 日 生まれ

〒

ご住所

日中連絡の取れる電話番号

ご自宅

携帯

介護サービスのご利用【あり・なし】

身長

cm

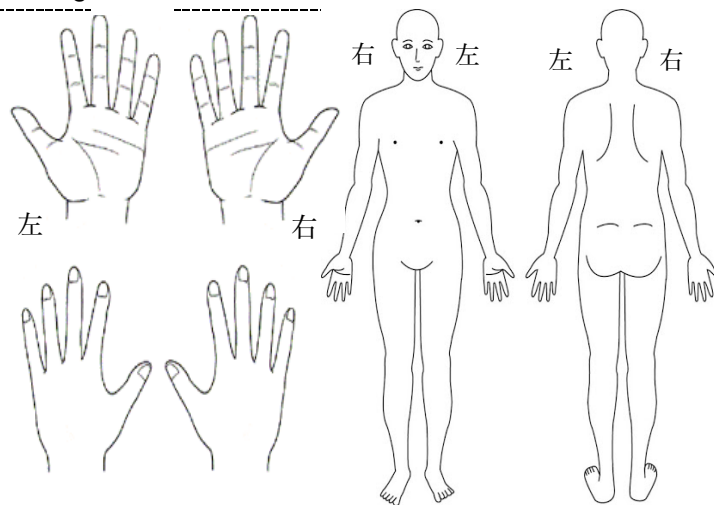
体重

kg

ご職業

1. 本日はどのような症状で受診されましたか？

右の図の該当の箇所に○をつけてください



2. その症状はいつ頃から始まりましたか？

頃から

4. 思い当たる原因はありますか？【はい・いいえ】

「はい」の方

(

5. その症状について、現在あるいは過去に治療を受けられましたか？

【はい・いいえ】

「はい」の方

病院・医院名 (

6. 今までにかかれたことのある病気を○で囲んでください

糖尿病・高血圧・心臓病・肝臓病・腎臓病・胃潰瘍・リウマチ・膠原病・痛風

喘息、その他 (

7. 現在何かのお薬を飲まれていますか？

【はい・いいえ】

「はい」の方

\*お薬手帳をお持ちの方はご用意ください。

(

8. 今までに食べ物や薬でアレルギー症状が出たことはありますか？

【はい・いいえ】

「はい」のかた

食べ物やくすりの名前はわかりますか？

(

9. 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？

【はい・いいえ・わからない】

授乳中ですか？

【はい・いいえ】

\* 紹介状・画像データをお持ちの方は受付にお渡しください。 \*