

問診票

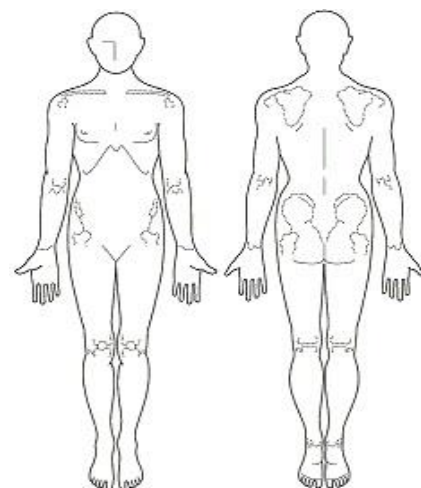
フリガナ		男 ・ 女	生年月日			
氏名			明大昭平	年	月	日
住所	〒	—	TEL	()	—	
			携帯	()	—	
当院をどのように知りましたか？ ○をつけてください（複数可）	新聞広告・看板・電柱広告・ホームページ・求人広告・紹介・当院をみかけた・その他()					

質問にお答えください。

あてはまらなかったり、分からない場合は空欄で構いません。

現在の症状について

① 今日はどうなさいましたか？（右の図にも記してください）



② その症状はいつからありますか？ ()

③ 原因は何ですか？（考えられる理由を記入してください）

④ 現在治療中の病気はありますか？

特になし・高血圧・糖尿病・心臓の病気・脳梗塞・胃潰瘍・腸の病気・腎臓の病気（透析あり・なし）・リウマチ・膠原病・結核・腹部大動脈瘤
がん（部位）・その他（）

⑤ 現在飲んでいる薬につき、できるだけ詳しく記入して下さい。

お薬手帳をお持ちの方は、この問診票といっしょにスタッフにお渡しください。

⑥ 薬や食べ物でアレルギーはありますか？（ない・ある）

ある方はできるだけ詳しく記入してください。薬の名前が分からなければ、何の薬か記入して下さい。
（例 痛み止め、麻酔の注射、アルコール、造影剤など）

⑦ 要介護・要支援の認定を受けていますか？（いいえ・はい）

はいと答えた方（要支援 I・II・要介護 I・II・III・IV・V）

⑧ 女性の方へ

現在、妊娠している可能性はありますか？（ない・ある・わからない）

ご協力ありがとうございました