

問診票

令和 年 月 日

フリガナ		性別	男・女	カルテ№	
氏名		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)		
住所	〒	携帯番号	()		
		電話番号	()		
介護保険	<input type="checkbox"/> 認定無し <input type="checkbox"/> 認定あり (要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)				

紹介状・お薬手帳・レントゲン・CDROM・検査結果をご持参の方は、あらかじめ受付に提出ください。

■どのような症状で来院されましたか？

■症状のある個所に○をつけて下さい。

痛い しびれ 腫れ 動きがわるい

その他 () 右 左 左 右

■その症状はいつ頃からですか？

年 月 日 時頃

または、年/ 月/ 週間/ 日前から

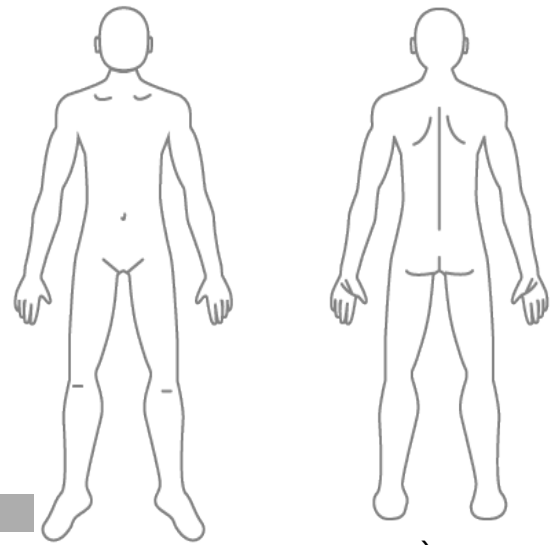
■思い当たる原因はありますか？

特にない はい

職場・通勤中 (労災)

交通事故 (自賠責)

【詳細



■今回の症状で他の医療機関を受診・治療をしましたか？

いいえ はい 医療機関名 ()
治療内容 お薬 注射 リハビリ その他 ()

■今までにかかったこのある病気、または治療中の病気がありますか？

高血圧 糖尿病 心臓病 肝臓病 腎臓病 脳梗塞・脳出血

胃潰瘍 喘息 その他 ()

■今までに手術を受けたことがありますか？

いいえ はい いつ頃 () どのような ()
医療機関名 ()

■体の中に金属類が入っていますか？

いいえ はい ペースメーカー・ステント・クリップ・スクリュー・人工関節
その他 ()

■現在、お薬を飲んでいますか？

いいえ はい ()

■アレルギーはありますか？

いいえ はい お薬 () 食べ物 ()

■女性の方へ

①妊娠中ですか？ いいえ はい 可能性あり ②授乳中ですか？ いいえ はい