

問診票

ふりがな

お名前

男・女

体温 _____ °C

〒

ご住所

電話番号

-

-

携帯電話

-

-

症状のある部位に○をつけてください。また、どんな症状か教えてください。

①いたみ ②はれ ③しびれ

④その他 ()

症状はいつからですか？

()

原因に心当たりはありますか？

特になし 運動 交通事故

転倒・転落 労働災害

その他 ()

この症状で治療を受けていますか？

いいえ ・ はい

はいとお答えの方

病院名：

飲んでいる薬など：

現在ほかの医院や病院に通院していますか？

いいえ ・ はい (病院名：)

治療中の病気について教えてください。

喘息

高血圧

糖尿病

脳卒中

心臓病

腎臓病

胃炎・胃潰瘍

緑内障

その他 ()

飲んでいる薬：

今まで手術を受けたことはありますか？

いいえ ・ はい (手術名：)

薬や食べ物のアレルギーはありますか？

いいえ ・ はい (内容：)

介護保険をお持ちでしょうか？

いいえ ・ はい (要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)

女性の方のみ、お答えください。

現在妊娠中もしくはその可能性がありますか？

いいえ ・ はい

現在授乳中ですか？

いいえ ・ はい

