

問 診 票

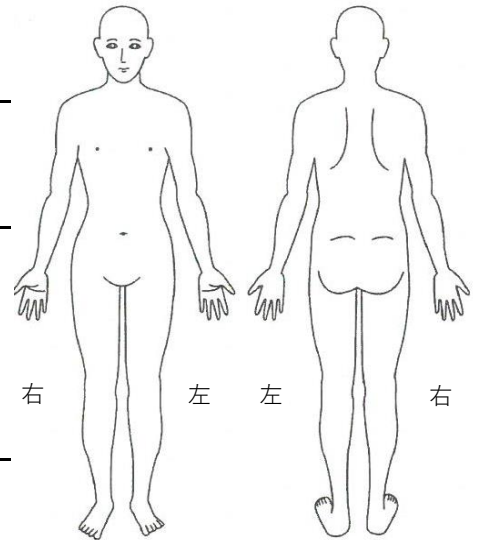
年 月 日

| | | | |
|------|-----------------------|------------------------|--------------------------|
| フリガナ | | 性別 | ※65歳以上の方 |
| 氏 名 | 様 | 男・女 | 介護認定の有無 □なし □あり |
| 生年月日 | 大・昭・平・令 年 月 日 | 歳 | |
| 住 所 | 〒 _____ | | |
| 電 話 | [自宅] _____ - _____ | [携帯電話] _____ - _____ | ※未成年の方は保護者の方の番号をご記入ください。 |
| 勤務先名 | [電 話] _____ - _____ | | |

1. 今日はどうされましたか？（症状に○をつけてください。複数可）

**※症状がある部位を
下図に記してください**

- 痛み 腫れ 傷
 しびれ しこり 変形
 その他



2. それはいつからですか？

年 月 日

3. 原因は何ですか？（○をつけてください。複数可）

- 原因不明 外傷（ひねった・ぶつけた・その他）
 交通事故 労災 学校
 その他

4. お仕事の内容をお聞かせください

- 事務系 運転手 営業 販売員 無職
 建築土木関係 学生 主婦 その他（ ）

5. 今日の症状の事で当院以外の医療機関に受診しましたか？

はい（医療機関名： ） ・ いいえ

6. 過去にかかった病気または、現在治療中の病気はありますか？

- はい いいえ
 高血圧 糖尿病 喘息 心臓病（ペースメーカーの有・無） ※抗凝固剤内服の有・無
 脳疾患 肝臓病 腎臓病 がん 精神疾患（ ）

7. 本日 お薬手帳をおもちですか？

はい ・ いいえ

8. 今までお薬を飲んで、アレルギーなど副作用が出た経験はありますか？

なし ・ あり → 薬剤名（ ）

9. 女性の方へ…現在妊娠またはその可能性がありますか？ はい ・ いいえ 授乳中ですか？ はい

10. その他、何かご希望などございましたらご記入ください。

MRI ・ 骨密度 ・ その他（ ）

○ 当院をどのように知りましたか？

- 知人・家族からの紹介 インターネット 他の医療機関からの紹介（医療機関名： ）
 イベントで知って 近所 広告を見て その他（ ）