

問診票(一般用)

フリガナ
氏名

様 男・女

生年月日
T・S・H・R

年齢 歳
年 月 日

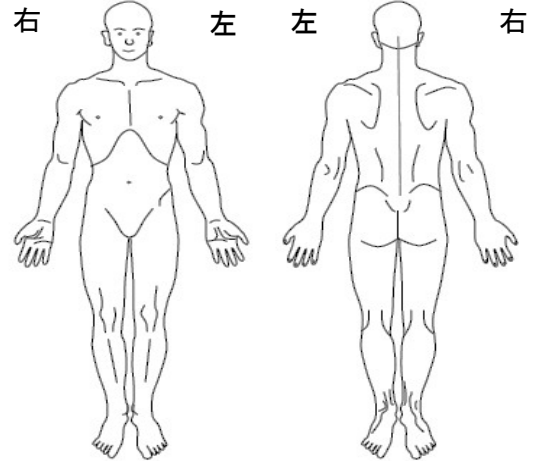
〒
住所

電話番号 () -

① 右の図で症状のある部位に○をつけて下さい。

② いつからですか？どのような症状ですか？

年 月 日 時頃



③ 今までかかった病気を○で選んで下さい。

リウマチ

痛風
肝臓病

糖尿病
腎臓病

高血圧
脳卒中

胃潰瘍
ぜん息

心臓病

その他(

)

④ 現在飲まれている薬はありますか？(はい・いいえ)

お薬手帳持参の方は記入不要です。

⑤ 薬や食べ物にアレルギーはありますか？(はい・いいえ)

わかる範囲で記入をお願いします。

⑥ 介護保険認定はお持ちですか？

あり(要支援 要介護)・なし

⑦ 当院をどのように知りましたか？

家族・友人から・ホームページを見た・看板を見た・他院からの紹介
チラシを見た・地域住民への勉強会・その他()

⑧ 当院への来院方法を教えてください。

徒歩・自家用車・タクシー・公共交通機関(バス・地下鉄・JR)

※ 女性の方へ 現在妊娠されていますか？(はい・いいえ・わからない)