

# 問 診 票

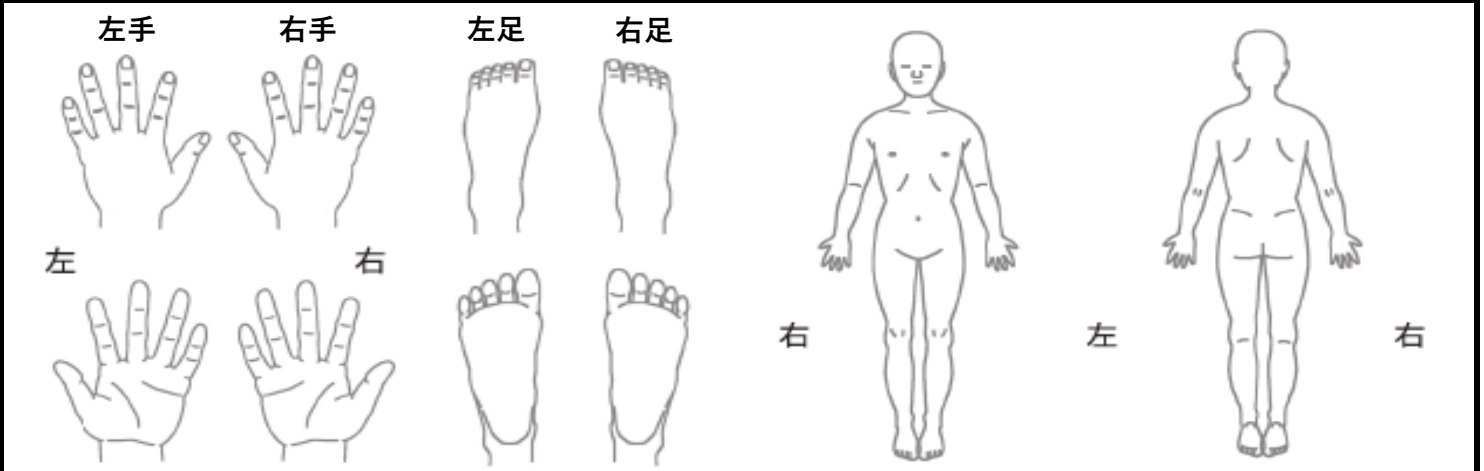
ID :

フリガナ		生年月日	大 平 昭 令 年 月 日			男・女
氏名			職業	緊急時の連絡先		
住所	〒 ー 都 道 府 県 市					

いつから症状がありますか？ <input type="checkbox"/> 今日 <input type="checkbox"/> ( ) 日前 <input type="checkbox"/> ( ) 週間前 <input type="checkbox"/> ( ) ヶ月前 <input type="checkbox"/> ( ) 年前	発症原因に心当たりはありますか？ <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 工作中や通勤中の怪我 <input type="checkbox"/> スポーツ <input type="checkbox"/> 転倒した <input type="checkbox"/> ぶつめた <input type="checkbox"/> ひねった
---	--

どのような症状ですか  
 痛い    しびれる    腫れている    その他 ( )

症状のある部位はどこですか 図の中に○をつけてください



症状の引き続き治療    お薬がなくなった    証明書・診断書などの希望

この症状で治療を受けたことがありますか    いいえ    はい   内容 ( )

現在内服している薬はありますか    いいえ    はい   内容 ( )

内服している薬 ( )

今までに下記の病気、その他入院・手術を必要とする病気にかかったことはありますか

- 喘息    高血圧    心臓病    肝臓病    腎臓病    糖尿病    前立腺肥大  
 痛風    緑内障    その他 ( )

薬や食べ物のアレルギーはありますか

薬 :  いいえ    はい   薬剤名 :   症状 :

食べ物 :  いいえ    はい   食べ物名 :   症状 :

女性の方のみお答えください

\*妊娠中ですか    いいえ    はい    可能性がある

\*授乳中ですか    いいえ    はい

介護保険の認定を受けていますか

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

本日は何をきて来院されましたか。○をつけてください。

- 1) 知人の紹介   2) 病院の紹介   3) 通りがかり   4) かかりつけ   5) チラシ   6) 新聞   7) 看板   8) 雑誌  
9) インターネット    病院ナビ    Googleマップ    その他 ( )

当院のホームページ

ご記入ありがとうございました。お手数ですが受付までご提出ください。