

問 診 票

年 月 日

フリガナ

氏名 _____ 生年月日 大/昭/平/令 年 月 日

〒

住所 _____

連絡のとれる電話番号 ① _____ ② _____

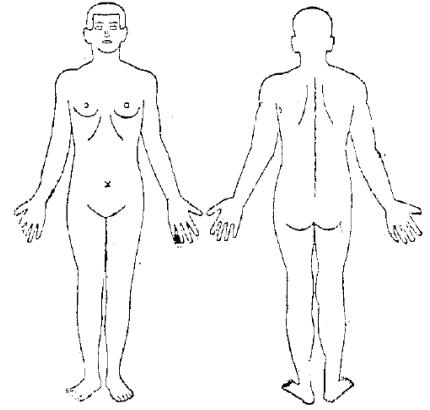
体温 _____ °C 身長 _____ cm 体重 _____ kg

① 今日はどうされましたか ※必ずご記入ください

② いつからどのような症状（状態）ですか

右の絵に○印をつけて下さい

③ どのようなきっかけで起こりましたか
転倒 交通事故 労災事故 スポーツ
その他 ()



④ この症状で他の医療機関を受診されましたか
はい ()
いいえ

⑤ 現在治療中または今までにかかった病気はありますか
はい ()
いいえ

⑥ 何かお薬を飲まれていますか ※お薬手帳がある方はお出してください
はい ()
いいえ

⑦ 手術を受けたことがありますか
はい ()
いいえ

⑧ アレルギーはありますか
はい ()
いいえ

⑨ 介護サービスを利用されていますか はい ・ いいえ

⑩ 飲酒・喫煙はされますか
飲酒 (本/ 日・ 週) 喫煙 (本/ 日・ 週)
いいえ

⑪ 女性の方にお聞きします
現在妊娠の可能性はありますか はい (週目) ・ いいえ
授乳中ですか はい ・ いいえ

*この資料は院内のみで使用します。