

問 診 票

(ふりがな)

氏名

性別 男 女

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 歳

現住所 〒

職業 _____

電話番号 (1)

電話番号 (2)

※携帯番号の場合は、ご実家の電話番号かご家族の電話番号もお願いします。

介護保険 有 (要支援1・2 要介護1・2・3・4・5) 無

- ・ 本日は発熱(37.5度以上)がありますか。 はい いいえ
- ・ 具合のわるいところはどこですか

- ・ どのような状態ですか いたい、はれている、シビレがある、動きが悪い、傷がある
その他 ()
- ・ いつからですか ()
- ・ 原因は 交通事故・労働災害(勤務中、通勤中)・スポーツ ()
その他 ()
ころんだ・ぶつけた・ひねった・その他 ()
- ※ 交通事故・労働災害の方は状況を下記へ詳しくお書きください。

- ◆ 今回の怪我や痛みで他院を受診されましたか (はい ・ いいえ)
受診された方は他院名 ()
- ◆ 現在、何かスポーツをしていますか ()
- ◆ 現在、他の病気で治療中ですか
高血圧・心臓病・糖尿病・腎臓病・胃潰瘍・十二指腸潰瘍・喘息・痛風・B型肝炎・C型肝炎
その他 ()
- ◆ 過去に治療及び手術をしたことがありますか
高血圧・心臓病・糖尿病・腎臓病・胃潰瘍・十二指腸潰瘍・喘息・痛風・B型肝炎・C型肝炎
その他 ()
手術を受けたことがある方は何の手術ですか。
()
ペースメーカー (あり ・ なし)
- ◆ いままでに薬の副作用はありますか (あり ・ なし)
ありと答えた方で薬の名前 ()
- ◆ アレルギー・特異体質 (あり ・ なし) 何のアレルギーですか ()
- ◆ 女性の方へ 現在、妊娠していますか (はい ・ いいえ)
授乳中ですか (はい ・ いいえ)

