

問 診 票

受付時間： 時 分

★下記の項目について記入もしくは○で囲んで下さい。★問診票に記載された事項は治療にのみ必要な範囲で利用致します。★ご不明なところは受付におたずねください。

診察券、保険証、身障者手帳等の提出がまだの方は、添えて受付へお出し下さい。

令和 年 月 日

ふりがな		男・女	大・昭・平・令	年	月	日
お名前			☎	()		
ご住所	〒	介護認定 未 要支援 1 2 要介護 1 2 3				
		入所施設名				

◆どうなさいましたか？ きっかけは何でしたか？

()

交通事故 ・ 工作中的のケガ

◆いつ頃からですか？ (事故なら事故日)

()

◆今回の事で他医院を受けられましたか？ いいえ ・ はい

△ (病院名 紹介状あり CDあり)

◆どんな症状ですか？ (症状に○をつけてください)

痛む・はれている・しびれている・ケガ・きず

その他 ()

◆薬・注射・食べ物によるアレルギーはありますか？

いいえ・はい

()

◆現在、治療中の病気、かかったことのある病気はありますか？

いいえ・はい 糖尿病・高血圧・心臓病・ぜんそく・胃十二指腸かいよう・かん臓病・じん臓病

その他 ()

◆現在、飲んでいる薬はありますか？ お薬手帳をお持ちであればコピーをさせていただきます。

いいえ・はい () コピーあり)

◆(女性の方へ) 現在、妊娠の可能性はありますか？

いいえ・はい (月) ・わからない

◆院内ではお名前でお呼びしてよろしいでしょうか？

() はい。呼んで下さい () いいえ。番号でお願いします

