

〈 問 診 表 〉

※保険証をお持ちでない場合は「自費」の扱いとなります。
 ※紹介状をお持ちであれば一緒にお出してください。

受診日：H 年 月 日

フリガナ		住所	〒 _____	
名 前	男 女	(自宅)	Tel: _____	_____ (連絡可能な番号)
生年月日	M・T S・H	年 月 日 () 歳	職業	

介護認定は、お持ちですか？

ない ・ ある (要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)

介護認定をお持ちの方で、現在利用されている介護サービスはありますか？

デイケア デイサービス 訪問リハビリ 訪問看護 ヘルパー その他

来院時の体温 _____ 度

◇いつ頃から、どのような症状がありますか？

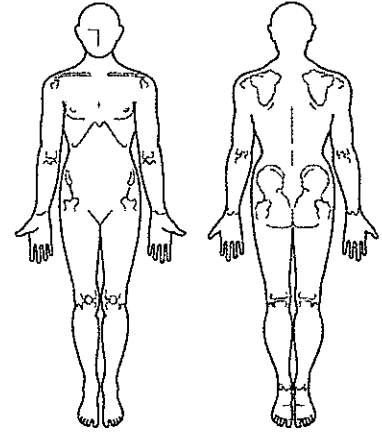
今日 () 日前 () 週間前 () ケ月前 () 年前

症状:

けがの場合は 受傷日 年 月 日 時ごろ

※労働中の事故ですか？はい . いいえ

※交通事故ですか？ はい . いいえ



◇今回の症状で治療を受けたことがありますか？

ない ・ ある どので:
いつ頃:

◇今までに大きな病気で入院をしたり、手術をしたことがありますか？

ない ・ ある 病名:
いつ頃:

◇現在、治療中の病気はありますか？

ない ・ ある 高血圧・糖尿病・高脂血症・脳梗塞・心臓病・胃炎・胃十二指腸潰瘍・肝臓病・腎臓病
腰痛・肩こり・リウマチ・痛風・骨粗鬆症・緑内障・白内障・前立腺肥大症・喘息・アレルギー
その他【 _____ 】

◇現在、飲んでいる薬はありますか？

ない ・ ある 薬品名【 _____ 】
※お薬手帳などありましたらご提示ください。

◇薬や注射で気分が悪くなったり、じんま疹が出たことがありますか？

ない ・ ある 食べ物 () 薬 () 注射 () その他 ()

◇アレルギー疾患をお持ちですか？

ない ・ ある 病名【 _____ 】

◇タバコは吸いますか？

いいえ ・ はい 1日の本数: 本・箱
何歳頃から: 歳

◇アルコールは飲みますか？

いいえ ・ はい お酒 (合) 焼酎 (杯) ビール (本)
ワイン (杯) ウイスキー (杯)

◇検査や治療内容でご要望はありますか？

お薬 リハビリ 点滴 採血検査 骨密度の測定 リウマチの検査
ブロック注射 ヒアルロン酸注射 レントゲン撮影
その他 (_____)

※女性の方にお聞きします。

現在、妊娠中ですか？

いいえ ・ はい 妊娠中 (月) 授乳中
わからない (最終の生理は 月 日から 日間)

当院では、予約システムを導入しております。
予約診療でのご協力をお願いいたします。

うちほり医院