

問 診 票

記入日 20 年 月 日 AM
PM

氏名	ふりがな	生年月日	大・昭 平・令	年 月 日 (才)
	男・女			
自宅住所	〒		連絡先 ① 携帯 ② 自宅	① ②
勤務先	会社名		勤務先 電 話	
	所在地		職 業	
来院のきっかけ	紹介者 ()	かかりつけの医院・病院		
介護認定	なし・あり (要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5) ・申請中			
どんな症状があっただいになりましたか。				
いつ頃からですか。				

以下の質問に○をつけてください(「はい」と答えた方は右側に○またはご記入をお願いします)。

1. 今までに次の病気にかかったことがある。 はい・いいえ	高血圧 ・ 糖尿病 ・ 脂質異常症 ・ 心臓病 ・ 脳疾患 ・ がん その他/補足等 ()
2. 今までに手術を受けたことがある。 はい・いいえ	病名
3. 薬(注射含む)または食物などで体調が悪くなったことがある(アレルギー)。 はい・いいえ	薬品名・食物名など <small>例：ピリン剤・アスピリン ペニリン・そば・ 花粉 など</small>
4. 現在、治療中の病気がある。 はい・いいえ	病名
5. 現在、服用中の薬がある。 はい・いいえ	薬品名
6. 家族に病気にかかった人がいる。 はい・いいえ	高血圧 ・ 糖尿病 ・ 脂質異常症 ・ 心臓病 ・ 脳疾患 ・ がん その他/補足等 ()
7. 食 欲	ある・普通・ない
8. 便 通	よい・便秘・下痢
9. 睡 眠	よく眠れる・普通・眠れない
10. タバコ	吸う (本/1日) ・ やめた (本/1日を 年間) ・ 吸わない
11. アルコール	飲む (量 を毎日・週・月 回) ・ 飲まない [例：(飲む) (量 缶ビール 500ml×2 本を毎日(週)月 3 回)]
[女性の方へ] 現在、妊娠中あるいは可能性がありますか	はい・いいえ
現在、授乳中ですか	はい・いいえ

検査・処置時に、針などで当院職員がケガをしたり、血液などが付着した場合、当院の費用負担で感染症検査(血液検査)をさせていただくことがあります。

また、プライバシーの保護については十分配慮をいたします。

同意する 西暦 年 月 日 署名 (代理の場合は続柄)