

《 問 診 票 》

記入年月日 年 月 日

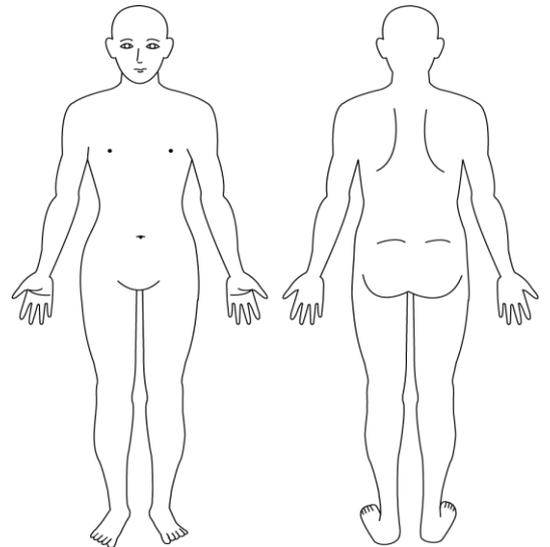
来院時の体温 ℃

| | | | | | | | |
|------|--------|------|-------------|----|----|-----------|--|
| ふりがな | | 生年月日 | 大正 | 昭和 | 平成 | 令和 | |
| 氏名 | 男 女 | | 年 | 月 | 日 | ()歳 | |
| 職業 | | 身長 | cm | 体重 | kg | | |
| 住所 | 〒 | 電話 | ご自宅： 携帯： | | | | |

- ◆ 40歳以上の方に、介護保険についてお尋ねいたします。
- 介護認定申請中もしくは認定済みですか？ 認定済の方は、介護度をご記入下さい。
 いいえ ・ はい (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)
- 介護認定済の方で、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 訪問ヘルパー その他

- ◆ どのような症状がありますか？
- ① どこが ()
- ② 症 状 いたい しびれる 力が入らない

◆ どちらの部位ですか？下の絵に○をつけてください。



◆ その症状は、いつ頃からですか？

けがの場合: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

◆ 思い当たる原因はありますか？

◆ 痛みはどのような時おきますか？

◆ 今回の症状で他の医療機関を受診、治療していますか？
 いいえ はい 医療機関名()
 治療内容： お薬 注射 リハビリ その他

◆ 現在、治療中の病気があれば○で囲んでください。
 高血圧症 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ 脳梗塞 ・ 脳出血 ・ 心筋梗塞 ・ 狭心症 ・ 胃潰瘍
 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ リウマチ ・ 痛風 ・ 骨粗鬆症 ・ 緑内障 ・ 喘息 ・ アレルギー
 その他()

◆ 現在、お体に以下のものがあれば○で囲んでください。
 人工関節 ・ ペースメーカー ・ スtent ・ タトゥー(入れ墨) ・ その他金属など()

◆ 今までにけがや病気での入院をしたり、手術を受けられたことはありますか？
 いいえ はい いつ() 病名・手術名()

◆ 現在、お薬を飲んでいますか？
 いいえ はい ()
 ※おくすり手帳をお持ちの場合はお出しください

◆ 薬・注射・食べ物に対するアレルギーはありますか？
 いいえ はい ぐすりや食べ物の種類()

◆ 女性の方へ
 ◎妊娠中または妊娠の可能性は？ はい いいえ ◎授乳中ですか？ はい いいえ