

# 《 問 診 票 》

記入年月日      年      月      日

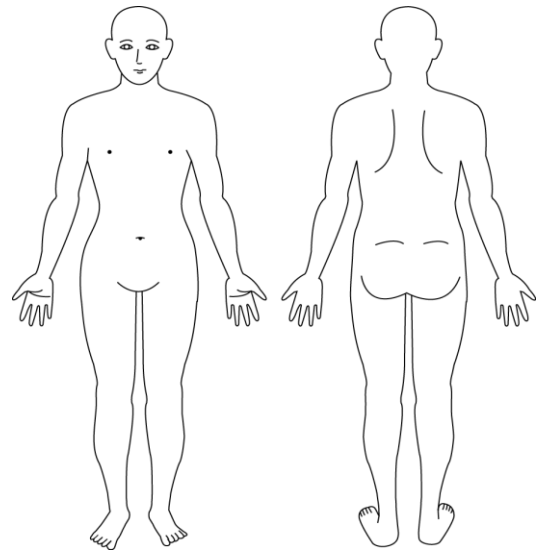
来院時の体温      ℃

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   く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