

# ＜ 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 ( ケ月 ) 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。

うちぼり医院

