問診票

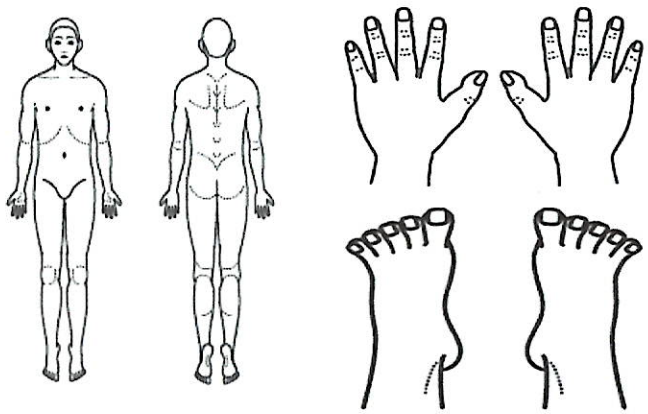
※交通事故・労災・第三者行為での受診の方はお申し出下さい※

記入日：令和　　年　　月　　日

ふりがな		男	生年月日（大正・昭和・平成・令和）		ID
お名前		女	年　月　日（　歳）		
ご住所	〒（　　-　　）			職業	
				スポーツ	
自宅電話		携帯電話		身長	
緊急連絡先	続柄（　　）　　-　　-			体重	

症状	□痛み　□腫れ　□しびれ □しこり　□歩行困難 □その他（　　）
いつから	□本日　□昨日 □令和　年　月　日ごろ
原因	□ケガ　ぶつけた・ひねった ケガした場所（　　） □原因不明 □その他（　　）
他院受診歴	□受診していない　□以前受診した □今も受診している 医療機関名（　　）

症状のある部位に○をして下さい



治療中の病気	現在治療中ですか　□はい　□いいえ 「はい」の方↓ □高血圧　□糖尿病　□ぜん息　□腎臓病　□胃・十二指腸潰瘍　□逆流性食道炎 □心筋梗塞　□心臓病（不整脈・狭心症など）　□脳梗塞・脳卒中（麻痺あり・なし） □アレルギー性疾患　□悪性腫瘍　□その他（　　） かかりつけ医療機関（　　）

現在、内服中のお薬はありますか？　□はい　□いいえ

→上記「はい」の方　血液がサラサラになるお薬は飲んでいますか？　□はい　□いいえ

お薬手帳はお持ちですか？　□はい→※受付へお渡しください。　□なし　□アプリ　□お忘れ

薬などに対して、アレルギーはありますか？　□はい（　　）　□いいえ

身体の中に金属は入っていますか？　□はい（　　）　□いいえ

過去の大きな手術歴	年　月 病名（　　）病院名（　　）
	年　月 病名（　　）病院名（　　）
	年　月 病名（　　）病院名（　　）

タバコは吸いますか？　□はい　□いいえ	お酒は飲みますか？　□はい　□いいえ
介護認定を受けていますか？　□はい　□いいえ	←「はい」にチェックの方、下記に○してください。
介護サービスの利用はありますか？□はい　□いいえ	□要支援　1，2　　□要介護　1，2，3，4，5
現在妊娠中または、授乳中ですか？ □はい　□いいえ	担当のケアマネジャーはいますか？ 居宅名（　　）担当者名（　　）様
受診のきっかけ	□ご家族の紹介　□ご友人の紹介（　　）様 □ホームページ　□検索サイト　□当院の看板

ご記入ありがとうございました。