

問診票

ふりがな	男 身長 () c m 女 体重 () k g
名前	
生年月日	T S H R 年 月 日
住所 (〒 -)	

電話番号 () - 携帯電話 () -

★現在の症状を教えてください。

[]

★右の図に症状のある部位を○で囲んでください。

★その症状はいつからですか。

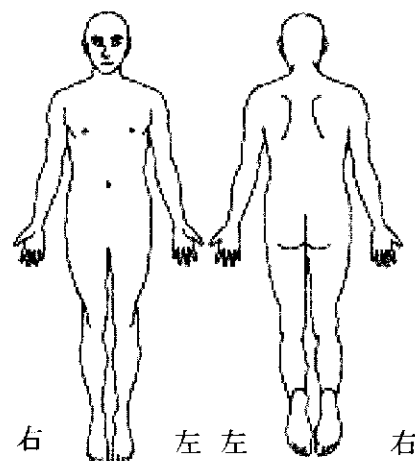
{ }

★原因に心当たりはありますか。

はい・いいえ

はいと答えた方は具体的に記入してください。

[]



★MRIの撮影希望はありますか？

はい・いいえ・必要に応じて

★現在定期的に通院している病気はありますか。

高血圧 糖尿病 脳梗塞 心筋梗塞 狭心症 ペースメーカー

高脂血症 その他 () なし

★内服中の薬はありますか。

ある(薬品名) なし

(病院名)

★胃薬は飲んでいますか？

はい（薬品名） いろいろ

★アレルギーはありますか？

はい（具体的に）　　いいえ

★日常生活動作を教えてください。

自立歩行 杖歩行 歩行器歩行 車いす 寝たきり

★介護認定

無 • 有 ()

★女性の方にお聞きします。

現在妊娠していますか。 はい・いいえ

現在授乳していますか。 はい・いいえ

★当院を受診したきっかけは何ですか？

☐ ご家族の紹介 ☐ 知人の紹介 ☐ ホームページ ☐ 近所

☐ 他の医療機関からの紹介 ☐ その他（ ）

※他院にて服用中でお薬手帳を持っている方は受付へお渡し下さい。