

問診票

ID ()

受付担当

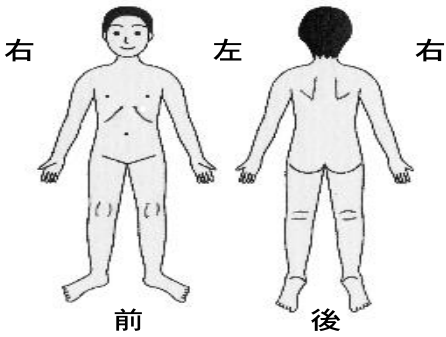
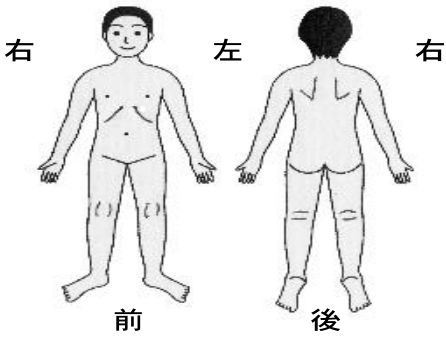
既往歴

保険

フリガナ		介護認定	生年月日(西暦)		
氏名		有 無	年 月 日(満 才) 男・女		
住所	(〒 -)				
携帯電話		自宅電話 家族の連絡先			
職業	会社員 ・ 自営 ・ 学生 ・ 主婦 ・ その他 ()				
来院動機	知人の紹介・家族の紹介・インターネット・ぱどを見て・自宅が近く・職場が近く・ドクターズファイル Facebook・他院の紹介 () ・ その他:				
既往歴 (今までの病歴)					
治療中の病気	なし・ある	病名: 高血圧 ・ 脂質異常症 ・ 糖尿病 ・ その他 ()			
		病院名:			
服用中のお薬	なし・ある	お薬手帳をお持ちの方は、医師またはスタッフにお渡し下さい			
		お薬名 ()			
お薬の副作用	なし・ある	お薬名 ()			
		症状:			
アレルギー	なし・ある	花粉症 (スギ ・) ハウスダスト その他:			
湿布かぶれ	なし・ある	漢方苦手	いいえ・はい	胃が弱い	いいえ・はい
手術歴	なし・ある	入院経験	なし・ある	平熱 (°C)	
嗜好	・ 飲酒 週 回 ・ 煙草 一日 本				
女性のみ	妊娠中	はい ・ いいえ ・ 不明	授乳中	はい ・ いいえ	
身長 (cm)		体重 (kg)			

整形外科 : 今日はどうなさいましたか?

受傷は(業務中/通勤途上/交通事故)に起因するものですか? (いいえ・はい)

いつから	↓具合の悪い部位に○をつけて下さい。				
症状	痛い・しびれる・腫れている・動きにくい				
	その他 ()				
原因	スポーツによる怪我・特になし				
	その他 ()				

内科 : 今日はどうなさいましたか?

いつから					
症状	体温 () °C				
その他	ビタミン注射 ・ 健康診断 ・ 予防接種 ()				

※当クリニックでは、個人情報保護法に基づき、患者様の個人情報の徹底管理を行っております。