

# 問 診 票

記入日：平成 年 月 日

フリガナ		男 ・ 女	生 年 月 日	( 明・大・昭・平 ) 年 月 日生 ( 歳 )
氏 名				
ご 連 絡 先	〒            ー		ご 職 業	
	電話            (            )	携帯            (            )		

※ 次の当てはまるものに○印をしてください。

1. 今日はどうされましたか？現在の症状を簡単に記入してください。

☆いつ頃からどのような症状ですか？

例：昨日の朝から熱が出てのどが痛い

2. しっしん、かぶれ、じんましんがでた事がありますか？ あ る      な い

原因（くすり：                      食べ物：                      その他：                      )

3. ぜんそくといわれた事がありますか？ あ る      な い

4. 注射して具合が悪くなった事がありますか？ あ る      な い

(注射の名前：                      )

5. のみぐすりやその他のくすりで副作用が起きたことがありますか？ あ る      な い

(薬の名前：                      )

6. 治療中に気分が悪くなった事がありますか？ あ る      な い

(その治療は：                      )

7. 現在、他に飲んでいるくすりがありますか？ あ る      な い

(そのくすり：                      )

8. これまでに医師から特別な体質といわれた事がありますか？ あ る      な い

(その体質は：                      )

9. 重い病気をしたことがありますか？ あ る      な い

10. 入院したことがありますか？ あ る      な い

(病名：                      時期：                      )

11. 手術を受けたことがありますか？ あ る      な い

(病名または手術名：                      )

12. 海外旅行をされたことがありますか？ あ る      な い

~13、14は発熱・下痢の症状のある方のみ おたずねします~

13. 現在、身近に感染症患者（疑いも含む）の方がいますか？ い る      い な い

※感染症患者（インフルエンザやノロウイルス患者など）

14. 現在、感染症（疑いも含む）の症状がありますか？ あ る      な い

15. 女性のみ 妊娠していますか？（      ヶ月）or その可能性がありますか？ は い      い い え

16. 女性のみ 授乳中ですか？ は い      い い え

17. 介護保険の認定を受けていますか？ は い      い い え

18. 介 護 度    要支援 1・2    介護度 1・2・3・4・5 （担当ケアマネ：                      事業所：                      )

19. 今までに当院を受診されたことがありますか？ あ る      な い

(その傷病名は：                      時期：                      )

お け が の 場 合 に お 尋 ね し ま す 。	① 仕事でのおケガですか？	は い ・ い い え
	② 通勤でのおケガですか？	は い ・ い い え
	③ 交通事故ですか？	は い ・ い い え