

# 問診票

ID(職員が記入します):

フリガナ		男・女	生年月日	
氏名			大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳 )	
住所	〒 -	TEL	-	-
		携帯	-	-
ワライ資格確認での自己負担額区分情報の取得 ( 同意する ・ 同意しない )			職業	
スポーツ歴	種目名( )	喫煙歴	あり(1日 本 年間 年前まで 年間) ・ なし	

① はじめに

- ✓ 仕事中のケガですか？( はい ・ いいえ )
- ✓ 通勤中のケガですか？( はい ・ いいえ )
- ✓ 車やバイクの運転中のケガですか？( はい ・ いいえ )

② どのような症状で来院されましたか？(右の図にも○をつけてください。)

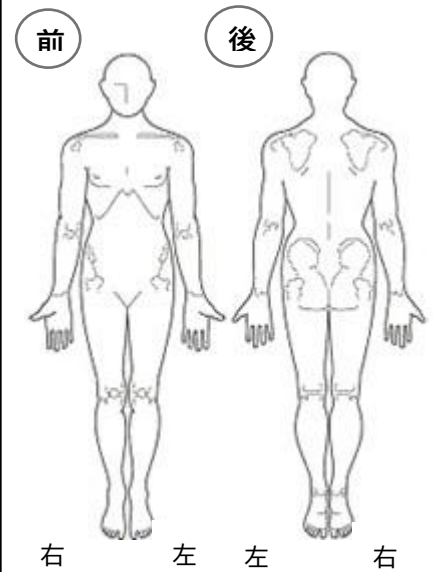
[ ]

③ その症状はいつからありますか？ ( )

④ 原因はありますか？(考えられる理由を記入してください)

[ ]

④その症状で他の医療機関を受診されていますか？  
いいえ ・ はい ( 病院名 )



⑤ 現在治療中の病気はありますか？  
特になし ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓の病気 ・ 脳梗塞 ・ 腎臓の病気(透析 あり ・ なし) ・ リウマチ  
膠原病 ・ 結核 ・ 腹部大動脈瘤 ・ 緑内障 ・ がん(部位 ) ・ その他( )

⑥ 今までに入院や手術を受けたことはありますか？ ( はい ・ いいえ )  
( 年 月 )

⑦ 現在飲んでいるお薬名と通院されている病院名を記入してください。  
お薬手帳をお持ちの方は、この問診票と一緒にスタッフにお渡してください。  
( なし ・ お薬: 病院名: )

⑧ 薬や食べ物でアレルギーはありますか？ ( ない ・ ある )  
ある方はできるだけ詳しく記入してください。薬の名前が分からなければ、何の薬か記入してください。  
(例 痛み止め、麻酔の注射、アルコール、造影剤など)  
( )

⑨ 要介護・要支援の認定を受けていますか？ ( いいえ ・ はい )  
はいと答えた方 ( 要支援 I・II 要介護 I・II・III・IV・V )

⑩ 女性の方へ:現在、妊娠している可能性はありますか？ ( ない ・ ある ・ わからない )

⑪ 当院をどのように知りましたか？○をつけてください(複数可)  
チラシ ・ LED看板 ・ 野立看板 ・ 電柱広告 ・ ホームページ ・ 紹介 ・ 近所 ・ その他( )