

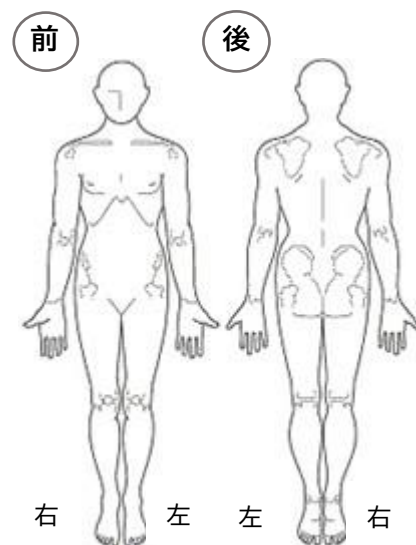
問 診 票

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	— —	
ワライン資格確認での患者情報の取得 (同意する ・ 同意しない)			職業	
ｽﾎﾟｰﾂ歴	種目名()	喫煙歴	あり(1日 本 年間 or 年前まで) ・ なし	

① はじめに

- ✓ 工作中的のケガですか？(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)
- ✓ 接骨院に通院されていますか？(はい ・ いいえ)
- ✓ 要介護・要支援の認定を受けていますか？(はい ・ いいえ)
→はいと答えた方(要支援 I・II 要介護 I・II・III・IV・V)
→受けているサービス()



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)

[]

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、血圧など)

()

⑨ 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 ・ 授乳中)

⑩ 当院をどのように知りましたか？○をつけてください。

チラシ ・ バス広告 ・ 野立看板 ・ ホームページ ・ 紹介 (家族 ・ 知人 ・ 病院 ・ 役所) ・ 近所 ・ 健康教室
新聞 ・ Google 検索 ・ その他()