

事前問診票

事前にプリントし、ご記入いただいてから来院していただくと便利です。

フリガナ		男	生年	大正 昭和 平成	年	住所	
お名前		女	月日	月	日(才)		
ご連絡先 電話番号	自宅	勤務先・学校 電話番号		勤務先・学校名			
	携帯			電話番号			

1 どうされましたか？

① 場所(右図に○印をつけて下さい)

② その症状は？(○印で囲んで下さい)

痛み はれ しびれ
出血 その他()

③ いつごろからですか？

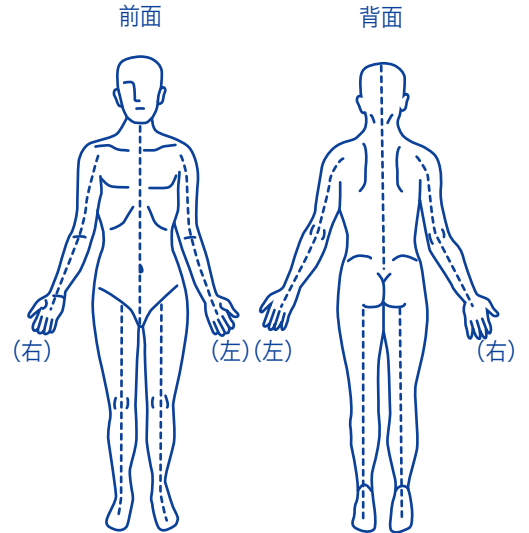
年 月 日ころから

④ きっかけはありますか？(○印で囲んで下さい。複数可)

転倒 打撲 重い物を持った
特にきっかけなし その他()

スポーツ 交通事故 仕事中

診察希望箇所に印を付けてください。

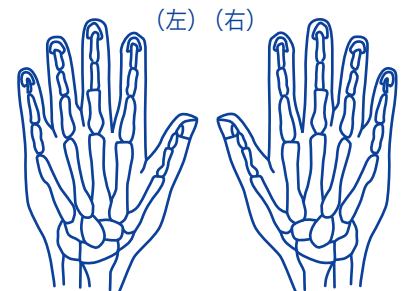


2 その病気、けがで他の病院、診療所などを受診されましたか？

(はい：いいえ)

受診日 年 月 日

病院名



3 今までに薬や注射で異常がありましたか？

(あった：なかった)

何のお薬でしたか？

4 今までに手術を受けた事がありますか？

(はい：いいえ) 病院名

手術名

5 現在、又は今までに以下の病気にかかった事がありますか？

(はい：いいえ) 肝炎 糖尿病 高血圧 関節リウマチ 結核 喘息
がん 先天性疾患 その他()

6 女性のかたに・・・

① 妊娠している可能性はありますか？

(はい：いいえ)

② 閉経は何才ですか？

(才)

7 介護保険証はお持ちですか？

(はい：いいえ)

はいとお答えの方へ要介護認定は受けられていますか？ (はい：いいえ)

要介護度(1・2・3・4・5) 要支援(1・2)

