

問診票

ID _____ 下記の項目について記入もしくは○で囲んで下さい。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな		男	大・昭・平・令			年齢
お名前		女	年 月 日生 (職業:)			歳
ご住所	〒			電 話	携帯 - - 自宅 - -	
						N s サイ 問診 診察

* 最近 1 週間ぐらいの間 熱が出ていませんか? 熱はなかった ・ 熱があった

【1】①どこが痛みますか?

②いつからですか? (日くらい前から)

③それについて治療を受けたことがありますか? ない ・ ある

ある場合 (いつ どこで 治療内容)

【2】いままでに下記の病気をしたことがありますか? ない ・ ある

ある場合 ⇒ 心臓病 肝臓病 腎臓疾患 透析中 肺疾患 脳疾患 糖尿病 高血圧症
低血圧症 リウマチ 喘息 緑内障 ペースメーカー 植え込み式徐細動器
その他 _____

【3】現在、通院している病院はありますか?

していない ・ している (病名: 医院名:)

【4】現在、飲んでいる薬がありますか? ない ・ ある

お薬手帳は持ってきていますか? はい ・ いいえ ・ マイナ保険証利用

【5】今までに手術を受けたことがありますか? ない ・ ある

いつ: どこで: 何の手術:

【6】①薬や食べ物で発疹が出たことがありますか? ない ・ ある ()

②アレルギーはありますか? ない ・ ある ()

【7】介護保険(認定証)はお持ちですか? いいえ はい(要介護 要支援)

【8】新型コロナワクチン等の予防接種を 1 か月以内に受けられましたか?

いいえ ・ 接種した(何の予防接種ですか:)(接種した日:)

【9】女性の方へ。 現在妊娠中または授乳中ですか?

いいえ ・ 妊娠の可能性あり ・ 妊娠中(ヶ月) ・ 授乳中

【10】本日はお一人でいらっしゃいましたか? はい ・ いいえ

いいえの方は、どなたとおこしですか? ()

交通手段は? 車・公共の交通機関(バス 電車 タクシー)・自転車・バイク・徒歩・ご家族の送迎