

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 ・ 女	大・昭・平・令			年 月 日生 (職業:)	年齢 歳
お名前							
ご住所	〒	電話	携帯	-	-	自宅	-
N s サイ ン 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】今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(ケ月) • 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

2025/12月