

問 診 票

記入日： 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日	(大・昭・平・令) 年 月 日生 (歳)
氏 名				
ご連絡先	〒	ご職業		
	電話 () 携帯 ()			

※ 次の当てはまるものに○印をしてください。

1. 今日はどうされましたか？現在の症状を簡単に記入してください。 ☆いつ頃からどのような症状ですか？ 例：昨日の朝から熱が出てのどが痛い	あ る	な い	
2. <u>しっしん、かぶれ、じんましん</u> がでた事がありますか？ 原因（くすり： 食べ物： その他：)	あ る	な い	
3. <u>ぜんそく</u> といわれた事がありますか？	あ る	な い	
4. 注射して具合が悪くなった事がありますか？ (注射の名称：)	あ る	な い	
5. <u>のみぐすり</u> や <u>その他のくすり</u> で副作用が起きたことがありますか？ (薬の名称：)	あ る	な い	
6. 治療中に <u>気分が悪くなった</u> 事がありますか？ (その治療は：)	あ る	な い	
7. 現在、他に飲んでいる <u>くすり</u> がありますか？ (そのくすり：)	あ る	な い	
8. これまでに医師から <u>特別な体質</u> といわれた事がありますか？ (その体質は：)	あ る	な い	
9. 重い病気をしたことがありますか？	あ る	な い	
10. 入院したことがありますか？ (病名： 時期：)	あ る	な い	
11. 手術を受けたことがありますか？ (病名または手術名：)	あ る	な い	
12. 海外旅行をされたことがありますか？	あ る	な い	
～13、14は発熱・下痢の症状のある方のみ おたずねします～			
13. 現在、身近に感染症患者(疑いも含む)の方がいますか？ ※感染症患者(インフルエンザやノロウイルス患者など)	い る	いない	
14. 現在、感染症(疑いも含む)の症状がありますか？	あ る	な い	
15. 女性のみ 妊娠していますか？(月) or その可能性がありますか？	は い	いいえ	
16. 女性のみ 授乳中ですか？	は い	いいえ	
17. 今までに当院を受診されたことがありますか？ (その傷病名は： 時期：)	あ る	な い	
18. 介護保険の認定を受けていますか？	は い	いいえ	
19. 介護度 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 (担当ケアマネ： 事業所：)			
～65歳以上の方におたずねします～			
20. 何人暮らしですか？(人 どなたと暮らしていますか？)			
21. お世話して下さる方はどなたですか？()			
おケガの場合に お尋ねします。	① 仕事中的ケガですか？	は い	いいえ
	② 通勤中的ケガですか？	は い	いいえ
	③ 交通事故ですか？	は い	いいえ