

問 診 票

R 年 月 日

フリガナ _____ 生年月日: 大・昭・平・令 年 月 日生(才)

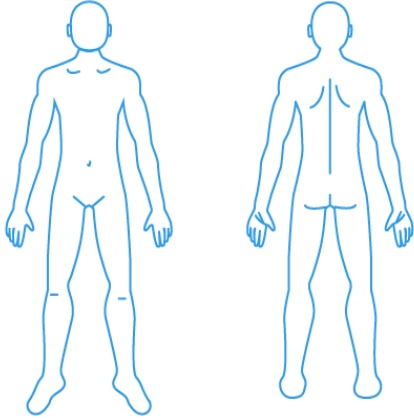
患者様氏名 _____ 様 【男 ・ 女】

住所 〒 _____ 電話: _____

携帯: _____

ご職業: (_____)

痛い箇所・お悩みの箇所に○をつけてください。



本日来院された理由で下記内容に当てはまる方は○を付けてください。

- ・交通事故による受傷
- ・勤務中の受傷
- ・通勤中の受傷

○をつけた方は、下記の内容もご確認ください。

事故・通勤中・勤務中にお怪我された方は必ず受付時にお申し出ください。

自賠責や労災の適用となる事があります。申し出のない場合は今後、労災等の取扱い

はできませんのでいずれかに○をつけてください 【 了承します ・ 相談希望 】

① いつごろから症状は出てきましたか? _____ から

② 同症状で他の病院に受診されましたか? いいえ はい【医療機関名: _____】

③ 過去にケガや病気で手術を受けたことがありますか? いいえ はい

④ 現在、治療中または既往歴があれば○をつけて下さい。

糖尿病・高血圧・心臓病・肝臓病・腎臓病・透析・喘息・リウマチ・B型、C型肝炎・

ペースメーカー・その他 (_____)

⑤ ふだん飲んでいるお薬はありますか? なし ある (お薬の名前: _____)

↑お薬手帳をお持ちの方は記入不要です。受付にお持ちください。

⑥ お薬のアレルギーはありますか? なし ある (お薬の名前: _____)

⑦ 当院を何で知りましたか? ご紹介 (お名前: _____ 様) その他 (_____)

⑧ ※介護保険をお持ちの方へ デイサービス (通所・訪問等) の利用ありますか? はい・いいえ

⑨ ※女性の方へ

現在妊娠していますか? はい・いいえ 現在授乳中ですか? はい・いいえ

<ご記入いただきました問診票は、診療録 (電子カルテ) と同様に個人情報の厳正な管理を行います>