

問診票

お薬手帳をお持ちでしたら、先に受付に提示してください。尚、診察内容によっては順番が前後する場合がございます。

ふりがな	生年月日
氏名	大正 昭和 年 月 日 平成 令和 (歳)
住所 〒 -	入居施設名 □老健 □特養 □その他()
職業 □専業主婦 □事務職 □営業職 □作業職 □学生 □その他()	電話番号 緊急連絡先 続柄()
身長 cm 体重 kg	付き添いの方はいますか? いない・いる 続柄()
喫煙されますか? 吸わない・吸う:(1日 本)/(年間)・吸っていた:(年前まで)/(1日 本)/(年間)	
飲酒されますか? 飲まない・飲む: 頻度(週 日)/種類()/量()	

下記の質問にお答え下さい。

● 「当院の個人情報の取扱いについて」の記載内容に同意をお願い致します □ 同意する

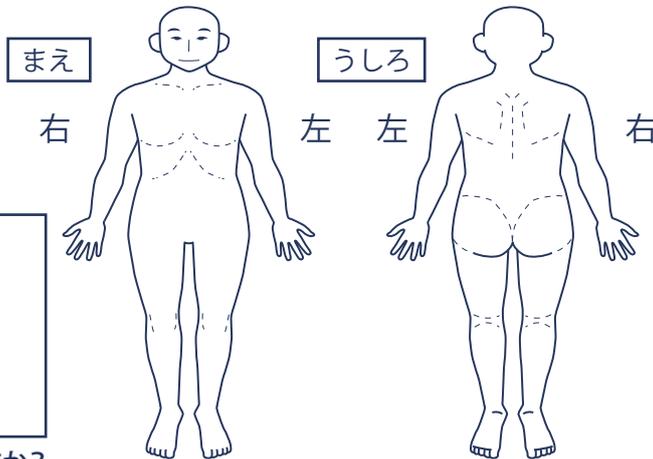
● マイナ保険証による診療情報取得に同意をお願い致します □ 同意する
※マイナ保険証により取得可能な情報については、令和4年9月上旬現在の状況

● 本日、何科をご希望ですか? 整形外科 内科 ➔ 内科受診の方 体温 °C

● 原因に心当たりはありますか?
 特になし ケガ 交通事故
 その他()

● どのような症状ですか?
・症状のある場所を○で囲んでください ⇨

・いつ頃からお困りですか?
・症状の内容をお書きください



● 現在、治療している病気や今までかかったことのある病気はありますか?
(いいえ はい) □喘息 □高血圧 □糖尿病 □脂質異常症 □痛風 □骨粗鬆症 □その他()

● 感染症はありますか?
(いいえ はい) □B型肝炎 □C型肝炎 □その他()

● 現在、内服している薬はありますか?
(いいえ はい) お薬手帳はありますか? (あり なし)
お薬の名前()

● アレルギーはありますか?
(いいえ はい) □アルコール □ヨード □ラテックス □薬() □その他()
症状()

● 現在、運動はされていますか?
(いいえ はい) 内容()

※必ずご記入をお願いいたします お薬手帳をお持ちでしたら、問診票と一緒に提示をお願いします。

● 現在、何人でお住まいですか? (人)

● ペースメーカー等、体内に金属は入っていますか? (いいえ はい) 内容()

● 介護保険の認定は受けていますか? (いいえ はい → 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)

● 女性の方へ 現在、妊娠中または授乳中ですか? (いいえ はい) □妊娠中(月) □授乳中

● ご興味のある内容がありましたら、お聞かせ下さい

ヘルストロン 骨粗鬆症 漢方薬 再生医療 鍼灸治療 巻き爪矯正 ビタミン療法

● 当院は何でお知りになりましたか? (複数回答可)

タウンニュース チラシ 知人からの紹介 以前から通っていた 通りがかり

インターネット (当院 HP・EPARK・病院なび・その他) → 検索された際のキーワード()