

問診票

ふりがな
お名前

男・女

生年月日

大・昭・平・令 年 月 日

ご年齢 歳

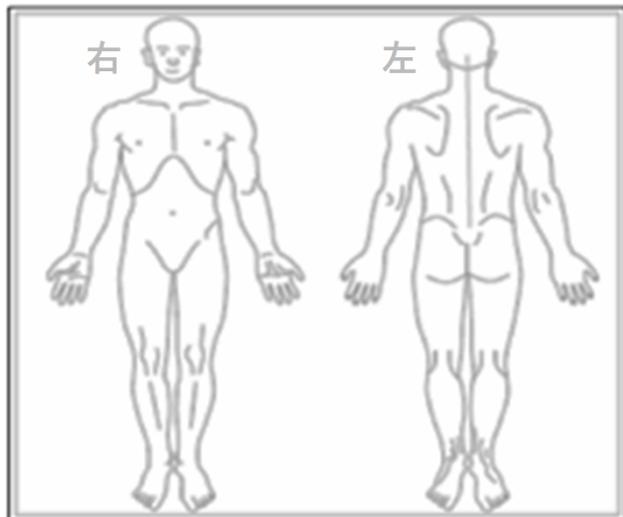
〒

ご住所

電話番号 ()

携帯番号 ()

☆調子の悪い所（場所）はどこですか？



①どのような症状か○をつけて下さい。

痛み ・ しびれ ・ 腫れ ・ 動きが悪い
切り傷 その他 ()

②症状はいつごろからですか？

本日 ・ 昨日 ・ 2日前 ・ 3日前
1週間前 ・ 2週間前 ・ () 前

③原因があれば○をつけてください。

転倒 ・ 転落 ・ 重いものを持った
ぶつけた ・ ひねった ・ 切った
その他 ()

④この症状で、他院で治療・検査・投薬等を受けたことがありますか？ …… ある ・ ない

「ある」と答えた方 () 病院 ・ 医院

⑤現在、他の病院で何か治療中ですか？ …… はい ・ いいえ

糖尿病 ・ 高血圧 ・ 胃潰瘍 ・ 肝臓病 ・ その他 ()
内服中のお薬があれば記入してください ()

※お薬ノートがあれば御提示下さい。

⑥その他、医師や看護師に話しておきたいことや心配なことがありましたらご記入ください。

(妊娠中 ・ 授乳中 ・ 薬、食べ物でアレルギーがある ・ 手術歴 ・ ペースメーカーを入れている など...)

{ }

⑦現在、介護保険の認定・サービスを受けられていますか？ …… はい ・ いいえ

「はい」と答えた方

介護認定区分 (要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)

サービスの種類 (デイサービス ・ デイケア ・ 訪問リハビリ ・ その他)

⑧当院をどのように知られましたか？

家族 ・ 知人 ・ ホームページ ・ 看板 ・ 電話帳 ・ 雑誌、広告 ・ 近所 ・

他施設からの紹介 ・ 1階エーザイ様で買い物をしている

その他 ()

⑨本日、骨密度（骨粗鬆症ではないか）の検査のご希望はありますか？ …… はい ・ いいえ