

# 初診問診票

フリガナ  
氏名

殿( 歳) 男・女

生年月日

明・大・昭・平

年

月

日

〒  
住所

自宅:( )

—

TEL 携帯:

—

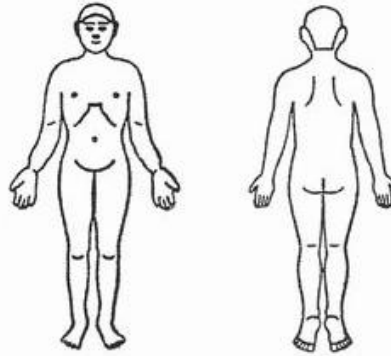
—

症状についておたずねします

<症状のある部位に○印をつけてください>

いつ頃から:

どのような症状ですか:



○アレルギー 無 ・ 有

○薬の副作用は 無 ・ 有

○既往歴は( 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 肝炎 ・ 腎炎 ・ 結核 ・ その他 )

○現在、他の病院にかかっていますか: はい( ) ・ いいえ

○内服 : 無 ・ 有

○入院されたことは 無 ・ 有 ( )

○手術されたことは 無 ・ 有 ( )

○たばこは 吸う ・ 吸わない 一日( 本)

○お酒は 飲む ・ 飲まない 一日( 合)

○海外への渡航歴 無 ・ 有 いつ( )どこへ( )

<女性の方へ>

○現在生理中ですか はい ・ いいえ

○現在妊娠されていますか はい ・ わからない ・ いいえ

○介護サービスを受けている方はご記入ください

要支援( ) ・ 要介護( ) ケアマネージャー 有 ・ 無

○介護保険でリハビリを受けている方 (例 訪問リハビリ 桔梗ヶ原病院)

サービス内容 ( ) 事業所名 ( )

ありがとうございました。窓口にお出してください。