

診療申込書 兼 問診表

ID: _____

ふりがな

氏名 _____

生年月日 T・S・H・R 年 月 日

TEL 自宅 _____ - _____ - _____

携帯 _____ - _____ - _____

※当院から連絡する場合があります。ご協力をお願いします。

(〒 _____)

住所 _____

★下記の項目に関して、わかる範囲でお書き下さい。

①具合の悪い箇所を下図に○印をつけて下さい。

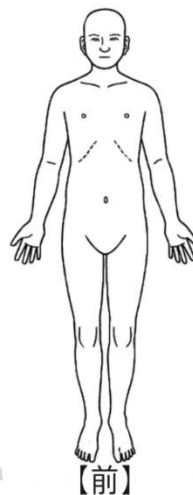
いつ頃から具合が悪いですか？

きっかけはありましたか？

(ない ・ ある)

あると答えた方: _____

【右】



【前】

【左】



【後】

【右】

②それは交通事故ですか？労災ですか？ [いいえ・はい (交通事故 ・ 労災)]

③どのような症状ですか？ [痛む ・ 痺れる ・ その他 _____]

★④アレルギーはありますか？ [いいえ・はい]

薬品名 (_____) 食べ物 (_____) その他 (_____)

⑤既往症または過去に入院・手術・大きな病気にかかれたことはありますか？

[いいえ・はい]

[病名: _____ / 昭和・平成・令和 _____ 年頃]

⑥現在、治療中のご病気、内服中のお薬はありますか？

[病名: _____ お薬の名前: _____]

⑦体内にペースメーカー等・金属は入っていますか？ [いいえ・はい]

⑧介護保険における要介護認定を受けていますか？ [はい・いいえ・申請中]

はいと答えた方のみ○をつけて下さい。

(要支援1・要支援2 要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5)

有効期限 < 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日まで >

⑨女性の方にお尋ねします。現在、妊娠または妊娠の可能性はありますか？

[いいえ・わからない・はい・授乳中]