

問診表

ふりがな： \_\_\_\_\_

薬手帳	紹介状	CDR	検査データ	介護保険
忘				忘 無 介 支

名前： \_\_\_\_\_ (男・女)

生年月日： 大正 昭和 平成 令和 年 月 日 歳

住所： \_\_\_\_\_ 〒 \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_ 身長： \_\_\_\_\_ cm 体重： \_\_\_\_\_ Kg

日中につながる電話番号

職業： \_\_\_\_\_ 仕事内容 ( \_\_\_\_\_ ) 主婦 学生 無職

スポーツ歴 (種目 期間 等)

( 現在： \_\_\_\_\_ )  
( 以前： \_\_\_\_\_ )

※ いつから どのようにして

交通事故 スポーツ 仕事中 (労災 有・無)

年 月 日から ・ 日・月・年前から

※ どうされましたか

( \_\_\_\_\_ )

※ 現在治療中・かかったことのある病気は  無

糖尿病 高血圧 高脂血症 肺の病気 肝臓病 心臓病 胃腸 腎臓病 脳

骨粗鬆症 痛風 喘息 シャント (右・左) ペースメーカー (有・無)

その他 ( \_\_\_\_\_ )

※ 手術を受けたことは 有 ( \_\_\_\_\_ ) ・ 無

※ 現在、服用中のお薬は 有 ・ 無

血液さらさらのお薬は 有 ・ 無

薬 注射などでアレルギーは 有 ( \_\_\_\_\_ ) ・ 無

※ 嗜好品の習慣は

タバコ ( \_\_\_\_\_ 本 / \_\_\_\_\_ 日 / \_\_\_\_\_ 年間)

酒 ( \_\_\_\_\_ 合・ml / \_\_\_\_\_ 日)

※ 女性の方

妊娠しているあるいは可能性は 有 ・ 無

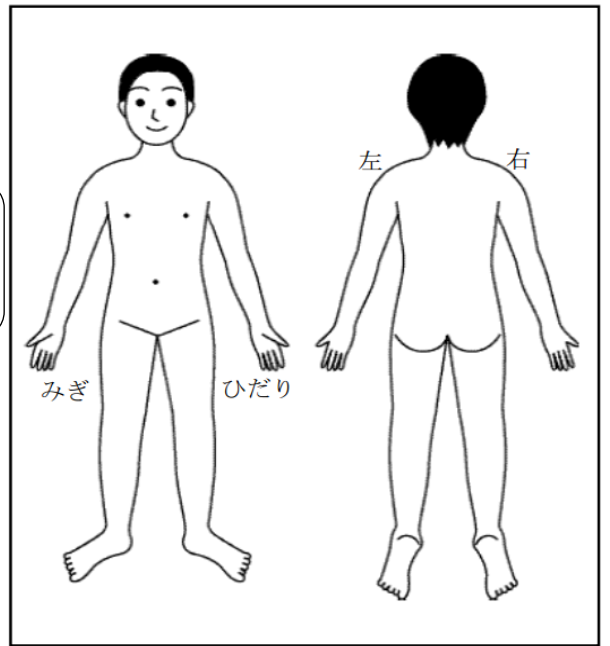
授乳中ですか 有 ・ 無

※ 当院は、どこでしりましたか

近所 紹介 ( \_\_\_\_\_ ) インターネット その他 ( \_\_\_\_\_ )

看板 ( 道路 ・ 総持寺駅 ・ 茨木市駅 )

↓ 具合の悪い部位に○をつけて下さい



お薬手帳 他院からの紹介状 CD-R 検査データなどは、受付にお出しください