

問 診 票

年 月 日

(フリガナ)

お名前 _____ (男・女) 生年月日 T・S・H・R 年 月 日

〒 _____

住所 _____

電話番号 _____ (_____)

・ 仕事内容 立ち仕事 事務 力仕事 運転手 主婦 無職 その他 (_____)

・ 定期的に行っているスポーツ なし・あり (_____)

・ 要介護認定 受けていない・受けている(要支援・要介護 _____)

★女性の方へ 妊娠をしていない ・ わからない ・ している (妊娠 週目)

① 今日診察を希望される場所・症状をかたんに書きください (例：左手首が痛い)

② その症状はいつ頃からですか？

③ 原因がありましたら○をつけてください

ころんだ ぶつけた 落ちた ひねった 切った 不明 その他 (_____)

・ 交通事故ですか？ いいえ はい (加害者 被害者 単独事故)

※あなたは (車 バイク 自転車 歩行者)

相手は (車 バイク 自転車 歩行者 いない)

・ 仕事でもしくは通勤途中のケガですか？ いいえ・はい

④ 今までそのために治療を受けたことがありますか？ ない・ある

※ある方のみお答えください

いつ頃 _____

どちらで _____

⑤ その他、今までかかった病気、あるいは現在治療中の病気はありますか？ ない・ある

※ある方のみお答えください

病名：高血圧 高脂血症 糖尿病 気管支喘息 透析 その他 (_____)

病院名： _____ 診療科： _____ 科

⑥ 本日おくすり手帳をお持ちですか？ はい・いいえ

⑦ 手術歴はありますか？ ない・ある (手術名： _____ 病院名： _____)

⑧ 薬を飲んで具合が悪くなったことはありますか？ いいえ・はい (薬名： _____)

⑨ 当クリニックをどのようにお知りになりましたか？

ホームページ 通りがかり 看板 (最戸町) 看板 (平戸町) 電柱広告

広告チラシ 知人の紹介 家族の紹介 病院の紹介 その他 (_____)

⑩ 当クリニックからお知らせのダイレクトメールをお送りしてもよいですか？ はい・いいえ