

外 来 問 診

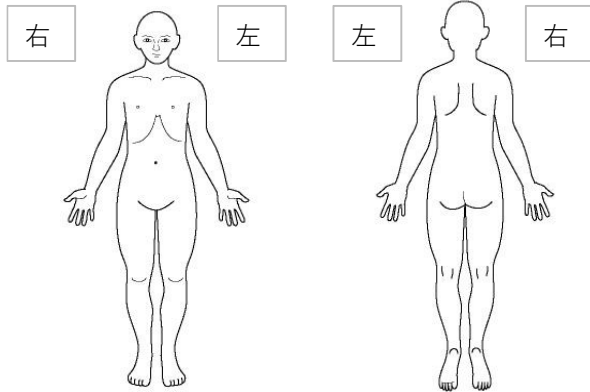
スキャン 要・不要

お手数ですが診察の参考にしますので、質問にお答え下さい 受診日 令和 年 月 日

住 所	〒 -				
フリガナ氏名				男・女	電話 自宅 携帯
生年月日	T・S・H・R 年 月 日	年 齢	才	身 長	cm
				体 重	kg

今日は体のどこが心配で来院されましたか？

下図に○を付けて下さい



その原因は何ですか？

(交通事故・勤務中のけが・その他)

いつ？ _____

どこで？ _____

どうした？ _____

◎お薬・注射のアレルギー、食べ物のアレルギーはありますか？

はい (薬剤・食物・体質) _____

いいえ _____

◎現在、他の病院などで治療中ですか？(はいの場合、病院名と病名が分かる方は記入をお願いします)

はい 病院名： _____ 病名： _____

いいえ _____

内服のある方は、お薬手帳お持ちですか？

はい ・ いいえ

◎手術をしたことがありますか？(はいの場合、いつ頃何の手術をしたか分かる方は記入をお願いします)

はい いつ頃： _____ 手術： _____

いいえ _____

◎既往歴はありますか？(はいの場合、病名が分かる方は記入をお願いします)

はい 病名： _____

いいえ _____

◎たばことアルコールについて

たばこ 吸う ・ 吸わない

アルコール ほぼ毎日 ・ たまに ・ 飲まない

◎介護保険の申請はしていますか？

はい ・ いいえ

はいの方 介護度は 要支援 I・II 要介護 I・II・III・IV・V

期限 月 日 事業所 担当ケアマネージャー

デイケア・デイサービスの利用をされていますか？

はい ・ いいえ

はいの方 ところで？ 利用頻度 週 回

◎障害者手帳を持っていますか？

はい ・ いいえ

はいの方 何級ですか？ 級

◎現在、妊娠されていますか？(レントゲン検査等の為です)

はい ・ いいえ