

お薬手帳を受付へお出してください 問 診 票

年 月 日

(フリガナ)

氏名 : 男 ・ 女

生年月日 : 大・昭・平・令 年 月 日 (歳)

〒
住所 :

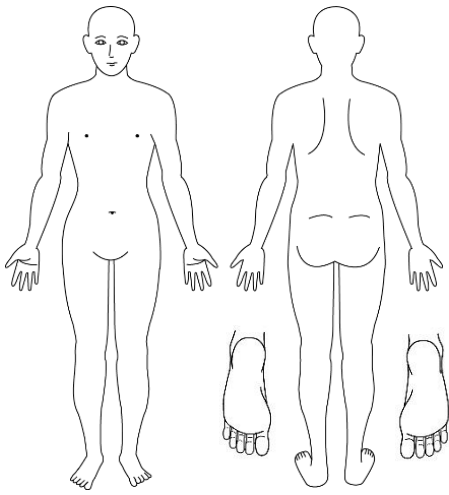
電話番号 :

身長 cm 体重 kg 血圧 : / mmHg 脈拍 : bpm

- ・ どのような症状でいらっしゃいましたか？ (いつから・どこが・どんなふうに)

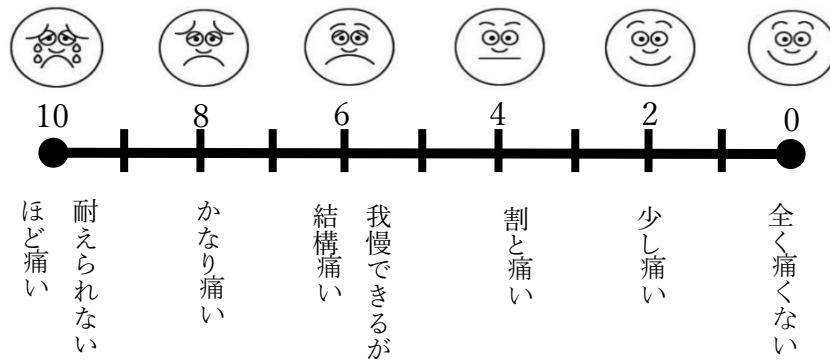
- ・ ご職業について記入してください
 無職・主婦・学生・自営業・金融業・公務員(警察官・教師・その他)
 会社員・専門職()・その他()
- ・ 食べ物・お薬などのアレルギーはありますか？ある場合は記載してください
 なし あり⇒()
- ・ 今までに大きな病気や手術をされましたか？
 いいえ はい⇒()
- ・ 現在治療中の病気はありますか？ また、服用中のお薬はありますか？
 いいえ あり⇒(病名) お薬()
- ・ 嗜好品についてお尋ねします○をつけて回数や量を記載して下さい
 お酒(飲まない / 毎日飲む / 飲む 週: 回)・たばこ(吸わない / 吸う 1日: 本)
- ・ 周囲から神経質といわれますか？ いいえ はい
- ・ 今までに自律神経系の病気だと指摘されたことはありますか？ いいえ はい
- ・ 注射や採血で貧血症状になったことはありますか？
 いいえ はい⇒(約 回程度)
- ・ 心のケアセンター・心療内科・精神科に通院中または通院歴はありますか？
 いいえ 以前にあり 現在あり
- ・ 今までに救急車を呼んだことはありますか？
 いいえ はい ※今回の症状もしくは、それ以外でも結構です
- ・ お一人暮らしですか？ いいえ はい
- ・ 介護認定は持っていますか？
 いいえ はい ⇒要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
- ・ 女性の方にお伺いいたします。現在妊娠中ですか？
 ない 現在妊娠中 可能性あり

裏面も記入をお願いします

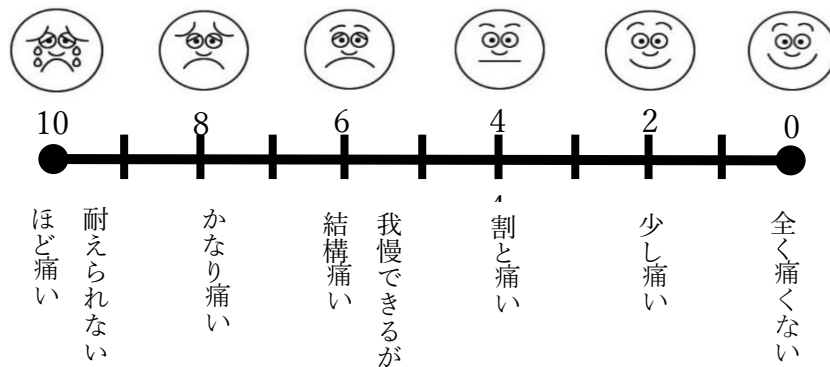


※痛みを○印, しびれを×印で書いて下さい

今の首・腰の痛みの程度を数字でいえばいくつに相当しますか？横線上に○印を付けて



今の手足の痛みを数字でいえばいくつに相当しますか？横線上に○印を付けて下さい



今の手足のしびれを数字でいえばいくつに相当しますか？横線上に○印を付けて下さい

