

## 問 診 票

ふりがな				記入日	年	月	日		
氏 名				男	生年	明・大・昭	年 月 日 ( 歳)		
				女	月日	平・令			
住 所									
電 話	自宅				連絡先				
	携帯								
アレルギー	なし ・ あり (食品： 薬： )								
タバコ	吸わない ・ 吸う ( 本)			お 酒	飲まない ・ 飲む ( )				
常用薬	なし ・ あり ( )			輸 血	なし ・ あり ( )				
現在、どちらかに通院されていますか？				してない ・ している					
入院したことはありますか？				ない ・ ある					
家族の方（血縁者）に次の方はいますか？				高血圧症 ・ 脳卒中 ・ 糖尿病 ・ 癌 心臓病 ・ 結核 ・ 肝障害 ・ 喘息					
(女性の方) 現在、妊娠の可能性はありますか？				ない ・ ある					
今日はどうされましたか？症状をご記入ください。									
今までどの様な病気にかかりましたか？									
備考※太枠は医院記載欄となります、ご記入されない様にお願いします。									
身長	cm	体重	kg	体温	°C	血圧	/ mmHg	酸素	%P
介護保険				利用している ・ 利用していない					