

問 診 票

フリガナ			記入日：令和		年	月	日
氏 名			男	生年	大・昭	年	月
			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	受けていない ・ 受けた		
現在、どちらかに通院されていますか？				していない ・ 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 ・ 糖尿病 ・ 脂質異常症 脳卒中 ・ 心臓病 ・ 癌：部位（ ）			
（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※太枠内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	℃	血压	/
				mmHg	酸素 SpO2	%	脈拍 /分
介護保険				利用している ・ 利用していない			