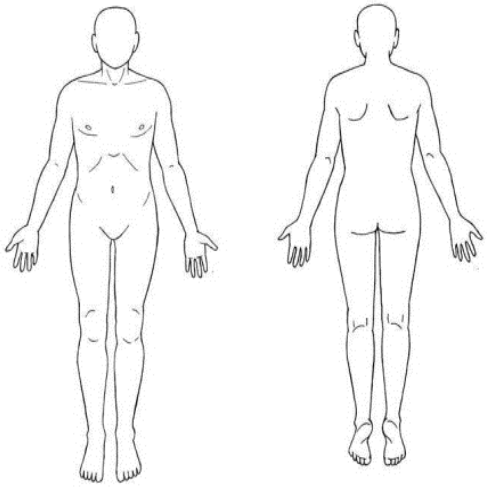
問　診　票

フリガナ		性別	男　女	職業	
氏名	様				
生年月日　大　昭　平　令　　年　　月　　日		歳	身長 cm	体重 kg	
介護保険をお持ちですか？ ☐ 持っている　☐ 持っていない		介護保険を使用していますか？ ☐ 使用している　☐ 使用していない			
住所	〒　　ー	電話番号	（　　）		
		携帯電話番号			

1. 本日はどうなさいましたか

［　　］

2. 右の図に具合の悪いところに ○ をつけてください



3. どのような状態ですか？

☐ 痛む　☐ こる　☐ しびれる　☐ 重苦しい
☐ はれている　☐ 動きが悪い
☐ その他［　　］

3. それはいつからですか

☐ 本日　☐ 昨日　☐ 一昨日　☐ 1週間前
☐ 2週間前　☐ 1ヶ月前　☐ その他

4. 思い当たる原因はありますか

☐ ある　（ 交通事故　労災　その他　）
☐ ない

5. 今までに大きな病気をしたことがありますか

☐ なし　☐ 脳梗塞　☐ 脳出血　☐ 狭心症　☐ 心筋梗塞　☐ 高血圧
☐ 高脂血症　☐ 糖尿病　☐ 痛風　☐ 喘息　☐ 胃潰瘍　☐ 前立腺肥大
☐ がん　（ 部位　　）

＊ その他に大きな病気・手術の経験はありますか
わかれば病名・治療内容（　　）

6. 薬や食物アレルギーはございますか

［　　］

7. 現在服用されているお薬はありますか

［　　］

8. 現在ほかの病院・医院で治療している病気がありますか？　いいえ ・ はい

はいの場合→　病名：　　病院名：

9. タバコは吸いますか

☐ 吸わない　☐ 吸う　（ 一日　本ほど ）

10. お酒は飲みますか

☐ 飲まない　☐ 飲む　（ 一日　mlほど ）

11. 女性の方にお尋ねします

現在妊娠・授乳中ですか？
☐ 妊娠していない　☐ 妊娠している　☐ 授乳中

12. 当院をどのようにお知りになりましたか？

☐ 紹介　☐ 看板　☐ ホームページ　☐ 前を通りがかって　☐ その他［　　］

ご記入が済みましたら、受付にお出しください。ご協力ありがとうございました。