

# 問診票

フリガナ		性別（男・女）	
氏名		生年月日	大正・昭和・平成・令和
			年 月 日（ 歳）
住所	〒	携帯番号	（ ）
		電話番号	（ ）

わかる範囲でご記入、チェックをお願いします(あいまいな部分があれば空欄でかまいません)

<p>・どのような症状でお困りですか？</p> <p>[ ]</p> <p>・症状はいつ頃からでしたか？</p> <p>年 月 日頃</p> <p>もしくは</p> <p>年前、ヶ月前、 日前</p> <p>・症状のきっかけはありましたか？</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ</p> <p><input type="checkbox"/> はい(詳細をご記入ください)</p> <p>[ ]</p> <p>・現在治療中のご病気はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい</p> <p>・内服中のお薬はありますか？(お薬手帳でもかまいません)</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい</p> <p>・お薬にアレルギーはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい</p> <p>・食べ物にアレルギーはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい</p> <p>・体中にペースメーカー等の金属類はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい</p> <p>・(女性の方へ)妊娠の可能性はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい</p> <p>・介護保険の認定を受けていますか？</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)</p>	<p>・症状のある部分に○をつけてください</p> <p>右 左 左 右</p>
--	--

記入事項は以上です。ご記入ありがとうございました。

当院記入欄

ID: