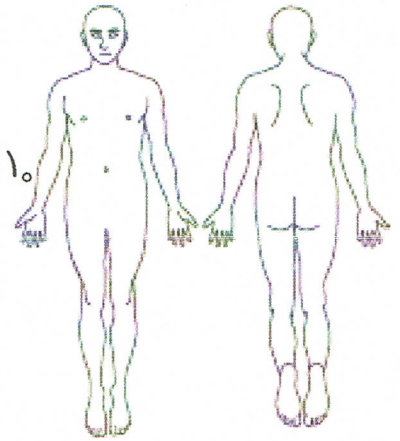


問診票

平成 年 月 日

ふりがな	男 ・ 女	体温 () °C
名前		身長 () cm
		体重 () kg
生年月日	M T S H	年 月 日 歳
住所 (〒 -)	※血圧測定用紙の添付	
電話番号 () -		
※お薬手帳・血圧手帳をお持ちの方は受付へお出し下さい。		

問1) 現在の症状を教えてください。また症状のある部位を○で囲んでください。



問2) その症状はいつからですか？

また、原因や治療経過等も具体的に記入して下さい。

問3) MRI 検査を希望されますか。 (はい・いいえ・相談)

(※閉所恐怖症 あり・なし) (※体内・体外に外せない金属 あり・なし)

問4) 現在定期的に通院している病気はありますか。 (はい・いいえ)

高血圧 糖尿病 脂質異常症 脳梗塞 脳出血 甲状腺 その他 ()
病院名 ()

問5) 内服中の薬はありますか？ (はい・いいえ) ・お薬手帳 (あり・なし)

問6) 今までに大きな病気をしたことがありますか。 (はい・いいえ)

病名 () 病院名 ()

問7) お薬や食物などでアレルギーはありますか。 (はい・いいえ)

(具体的に)

40歳以上の方) 介護認定を受けていますか。

(無・有 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)

女性)：現在妊娠していますか。(はい・いいえ) 授乳していますか。(はい・いいえ)