

共通問診票

記入日
フリガナ

年 月 日

ID

氏名：様 生年月日 年 月 日

ADL：独歩・杖歩行・車椅子

性別：男・女 身長 cm 体重 kg 職業

電話番号：

〒 住所：

持参物：紹介状・CD-R・()・なし

1. 受診の理由

どのような症状がありますか。それはいつからですか。

()

2. 今回の症状で他院の受診はありますか。

☐なし

いつ頃：どこで：

☐あり

どのように診断されましたか：

3. 今までにかかったことがある病気または現在治療中の病気はありますか。

☐なし

病名：

☐あり

病名：

4. 過去に手術や輸血を受けたことはありますか。麻酔を使った手術・処置はありますか。

☐なし

病名：(才) [全身麻酔・局所麻酔・輸血]

☐あり

病名：(才) [全身麻酔・局所麻酔・輸血]

5. 現在お飲みになっている薬はありますか。 (お薬手帳持参 ☐なし ☐あり)

☐なし

薬剤名：

☐あり

6. アレルギーの有無についてご記入ください。

☐なし

☐薬 (種類： 症状：)

☐あり

☐食べ物 (種類： 症状：)

☐造影剤 (種類： 症状：)

☐その他 (種類： 症状：)

7. タバコ：☐吸わない ☐過去に吸っていた(才まで) ☐吸う(本/日 喫煙歴 年)

8. お酒：☐飲まない ☐飲む(回/週) [種類]

9. 女性の方にお伺いします。

*現在、妊娠されていますか ☐いいえ ☐はい

*現在、授乳中ですか。 ☐いいえ ☐はい