

新患問診票

2020年9月改定

太枠の中のご記入をお願いします。ID()

お名前	誰と来ましたか。 本人 家族 施設職員 その他()
【脳神経科】本日の症状は何ですか。 頭痛 めまい しびれ 吐き気 頭を打った 交通事故 検査 その他() いつからですか(今日・昨日・) 月 日頃から)	
【内科】いつからどのような症状ですか。	
本日の受診目的は何ですか。 診察 検査 処方 点滴 その他()	
当院を受診する前に、他の医療機関を受診しましたか。 はい () いいえ	
次の病気について当てはまる箇所にレ点を入れて下さい。 高血圧: 治療中 以前治療 中断 その他() 狭心症: 治療中 以前治療 中断 その他() 不整脈: 治療中 以前治療 中断 その他() 糖尿病: 治療中 以前治療 中断 その他() 脂質異常症: 治療中 以前治療 中断 その他() * 上記以外の病気()	
手術の経験はありますか。 ()歳頃() ()歳頃()	
かかりつけ医 あり() なし	
お薬手帳またはおくすり説明書 あり なし	
アレルギー ありの方は薬品または食品名記入 あり() なし	
女性の方 妊娠中 妊娠の可能性がある なし	
介護保険 ありの方は介護度記入 あり(要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5) なし 申請中 不明	
身長 ()cm 体重 ()kg	

ありがとうございました。