

問診票

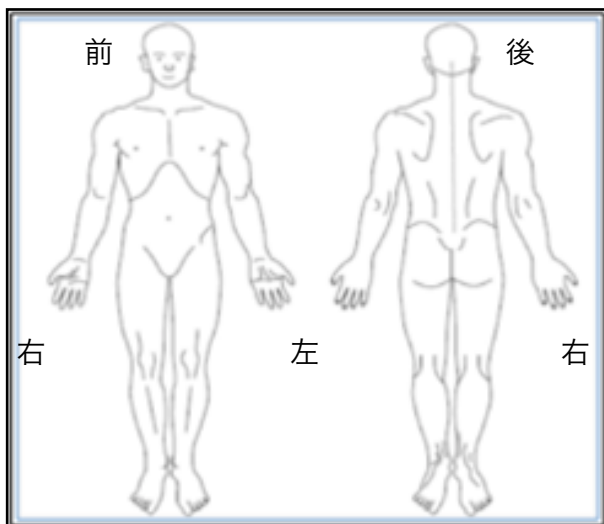
令和 年 月 日

ふりがな _____ 生年月日 _____
お名前 _____ 男・女 大・昭・平・令 年 月 日 _____ 歳

介護保険の認定を受けている → 介護認定区分 (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)

ご住所 〒 _____

電話番号 ☎ _____ 携帯番号 📱 _____



①いつから、どのような症状がありますか？原因がありましたら教えてください。

②この症状で、他院で治療・検査・投薬を受けたことがありますか？ ある・ない
(_____) 病院・医院

③現在、他の病院で何か治療中ですか？ はい ・ いいえ
糖尿病 ・ 高血圧 ・ 胃潰瘍 ・ 肝臓病 ・ 心臓疾患 ・ 喘息
その他 (_____) ※ お薬手帳をお持ちでしたらご提示ください。
内服中のお薬があれば記入してください (_____)

④その他、医師や看護師に話しておきたいことや心配なことがありましたらご記入ください。
(妊娠中・授乳中・薬、食べ物でアレルギーがある・手術歴・ペースメーカーを入れている 等)
『 _____ 』

⑤運動習慣を教えてください (スポーツ名、部活動 を週何回程度されていますか？)。
『 _____ 』

⑥お仕事をされている方は、可能であれば内容を教えてください (重労働やデスクワーク、立ち仕事 など)。
『 _____ 』

⑦当院をどのように知られましたか？
家族 ・ 知人 ・ ホームページ ・ 看板 ・ 電話帳 ・ 雑誌、広告 ・ 近所 ・
他施設からの紹介 ・ 1階ツルハで買い物をしている その他 (_____)

⑧本日、骨密度 (骨粗鬆症ではないか) の検査のご希望はありますか？ はい ・ いいえ
骨密度検査は身長・体重を計測した上、専用の機械で仰向けに寝ていただいて測定します (約5分程度)