

診療申込書兼問診票

【介護サービスの利用状況】

訪問リハ / デイケア

支援 1・2 介護 1・2・3・4・5

ID:

年 月 日

フリガナ			生年月日	明 大 昭 平 令	
氏 名		男・女		年 月 日	歳
住 所	〒 -			電話番号	- -
				緊急連絡先	- -

下記のご質問にお答え下さい。

1. どのような症状で来院されましたか？
痛み しびれる 腫れ 動きにくい
その他 ()

2. いつ頃から症状は出てきましたか？
 _____から

3. 症状のある部位を右の図で示して下さい。
 また、症状のある部位をご記入ください。
 右・左の _____

4. 症状が出たきっかけ原因は何ですか？
交通事故 仕事中 スポーツ 転倒
その他 () 特に原因なし

5. 今回の症状で他の医療機関を受診されていますか？
病院 医院 接骨院 マッサージ院
 治療内容：投薬 注射 物理療法
 検 査：レントゲン MRI
紹介状あり 画像あり 受診していない

6. 現在治療中の病気があればお答え下さい。
高血圧 糖尿病 心臓病 脳梗塞 腎臓病 喘息 胃潰瘍 その他 ()
治療中の病気はない

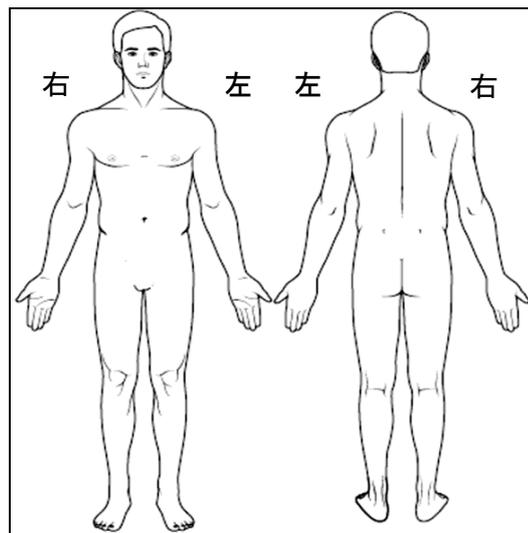
7. 過去にけがや病気で治療や手術を受けた事がありますか？
ある 病名・手術名 () 手術年月： () 特になし

8. 現在、内服している薬がある場合はご記入ください。お薬手帳をお持ちの方はお出し下さい。
 内服中のお薬 ()

9. 薬や食べ物でアレルギーはありますか？
ある 薬 () ・ 食べ物 ()
なし

10. 女性の方のみお答え下さい。
 妊娠中または妊娠の可能性はありますか？ 授乳中ですか？
いいえ はい いいえ はい

11. (当院が初めての方にお聞きします) 当院をどのようにしてお知りになりましたか。
 1) 知人の紹介 2) 病院の紹介 3) 通りがかり 4) 広告 5) 看板
 6) Google 7) SNS 8) その他 ()



高校生以下の受診には保護者同伴が必須となり、診察終了までご同席ください。ご不在の場合、医師の判断にて診療を中止させていただくことがあります。

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出願います。