問　診　票

平成　　年　　月　　日

ふりがなを必ずご記入ください

ふりがな		生年月日	明 大 昭 平　年　月　日（　才）	性別
氏名				男・女
住所			TEL	
帰省先住所			帰省先TEL	

● 今日、**受診された理由**に○印をして下さい

発熱　・　おう吐　・　腹痛　・　下痢　・　じんましん　・　めまい

その他（　　）

● 現在、**治療中の病気**がありますか

ある（　　）　**ない**

● **しっしん、じんましん**ができやすい体質　**はい**　**いいえ**

又、医師から**特別な体質**といわれた事がありますか

● **ぜんそく**といわれた事がありますか　**ある**　**ない**

● **くすり**をのんだり**注射**をして副作用が起きた事がありますか

ある（薬品名：　　）　**ない**

● 治療中に**気分が悪くなった**事がありますか　**ある**　**ない**

● 今日、**薬**をのんだり**坐薬**などを使いましたか　**はい**　**いいえ**

● **重い病気**や**入院・手術**をしたことがありますか　**ある**　**ない**

＊　介護保険の手続きをされて、サービスを何か受けていますか。

（　はい　・　いいえ　）

はいと答えられた方は具体的には何をされていますか。

［　　］

＊　女性の方は下記項目についてもおかき下さい

● 妊娠していますか　**はい**　**わからない**　**いいえ**