

問 診 票

受診日 年 月 日

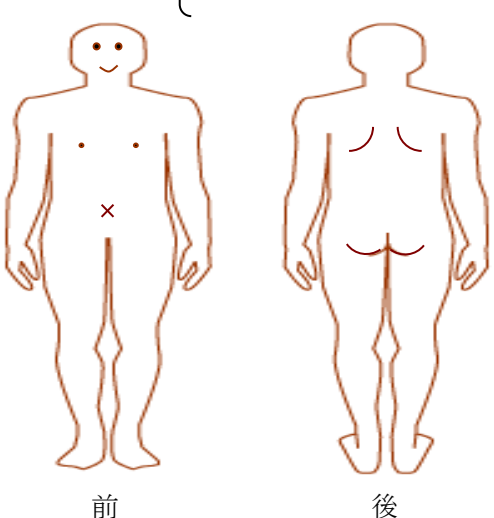
| | | | | | |
|---|------------|---------------|---------------|--------------------|--|
| ふりがな | ※ | 身長 (cm) | 体重 (kg) | 血圧 (/) | |
| 氏名 | 男・女※ | 生年月日 | 明・大 昭・平 | 年 月 日 () 才※ | |
| 住所 | 〒 - ※ | e-メール | | | |
| | | 電話番号 | () ※ | | |
| | | 緊急連絡先 | () ※ | | |
| この問診票は個人情報保護法に基づき厳重に管理します。※印の欄は必ず記入してください | | | | | |

① 希望される受診科と、当てはまるものについて○をしてください

- ▶ 内科 ・ 皮膚科 ・ 整形外科 ・ 美容 ・ 歯科 ・ その他 ()
- ▶ 医科 (患者番号:) ▶ 歯科 (患者番号:)
 - ・ 熱っぽい・だるい・疲れやすい・食欲がない
 - ・ 冷える・のぼせる・咳・痰・喉の痛み・鼻水
 - ・ 鼻づまり・くしゃみ・頭痛・肩こり・腰痛・関節痛
 - ・ リハビリ・その他 ()
 - ・ 歯、歯茎が痛い・予防したい・清掃したい・歯周病
 - ・ インプラント、入れ歯、差し歯の相談をしたい
 - ・ 歯並びをよくしたい・歯を白くしたい・あごが痛い
 - ・ その他 ()

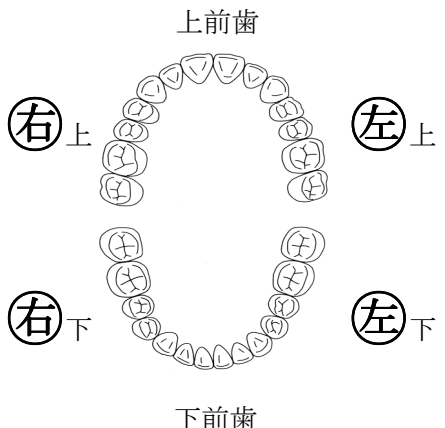
いつから 年 月 日 (朝・昼・夕・夜) ごろから
 ・どんな具合ですか

気になる所に○を付けてください



前 後

※左右逆の記入になります。ご注意ください



上前歯 下前歯

- ② 外傷の場合 ・ 交通事故 ・ 仕事中 ・ その他 ()
- ③ これまでに次の病気で治療や手術を受けたことがありますか ・ いいえ ・ はい (該当項目に○を書いて下さい。)
 - ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ 喘息 ・ ガン ・ 肝炎 (B型・C型) ・ 梅毒 ・ HIV ・ その他感染症 ()
 - ・ 心疾患 ・ 呼吸器疾患 ・ 脳血管系疾患 ・ 消化器系疾患 ・ 肝疾患 ・ 腎疾患 ・ 内分泌系疾患
 - ・ その他、具体的に ()
- ④ 家族に、ガン・脳卒中・高血圧・糖尿病等の方がいればお書きください ()
- ⑤ 他の病院に通院中ですか ・ いいえ ・ はい (病名:)
- ⑥ 現在お薬を飲んでいますか ・ いいえ ・ はい (内容:)
- ⑦ 薬や食べ物などのアレルギーはありますか ・ いいえ ・ はい (内容:)
- ⑧ 喫煙・飲酒の有無 ・ いいえ ・ はい (たばこ 本/日) (お酒 杯/日)
- ⑨ 女性のみ：妊娠または可能性はありますか ・ いいえ ・ はい (現在: 第 週) ・ 授乳中
- ⑩ これまでの治療で、気になったこと ()
- ⑪ 当院では訪問診療を行っております。ご質問等がございましたらお書きください
 - ・ 医科 ・ 歯科 ・ リハビリ科 ・ 看護 (内容:)
- ⑫ 当院を知る事になったきっかけは ・ ホームページ ・ 口コミサイト ・ 通りすがり
 - ・ 家族、知人の紹介 (お名前:) ・ その他 ()

*医療法人社団永研会内での情報共有、および、必要時のみ、他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所等への情報提供をすることに同意します 署名 _____