

問 診 表

令和 年 月 日

カルテNO	
フリガナ	
氏名	男・女
生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日(歳)
	〒 —
住所	
電話	
自宅以外の緊急連絡先	

❖今日はどうされましたか？
❖今、病気でお医者さんにかかっていますか？ はい いいえ
❖今、お薬を飲んでいますか？ はい いいえ
❖薬、注射、食品で発疹がでたり、身体の具合が悪くなった事がありますか？ はい いいえ
❖妊娠していますか？ はい いいえ
介護保険についてお尋ねします
❖介護認定を受けておられますか？ はい いいえ 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
❖介護サービスは利用されていますか？ はい いいえ

❖当院のことはどこでお知りになりましたか？ ❖家族 ❖知人 ❖医療機関の紹介 ❖近所 ❖広告 ❖インターネット ❖その他()

詳しくは看護師が、お聞きしますのでしばらくお待ちください。

当院は、個人情報を提示に示した目的に利用し、その取り扱いには細心の注意を払っています。
個人情報の取り扱いについてお気付きの点がありましたら、受付までお気軽にお申し出ください。