

問 診 表

平成 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 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づ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。