

整形	脳外	内科	形成	泌尿	リハ	

関口病院 問診票

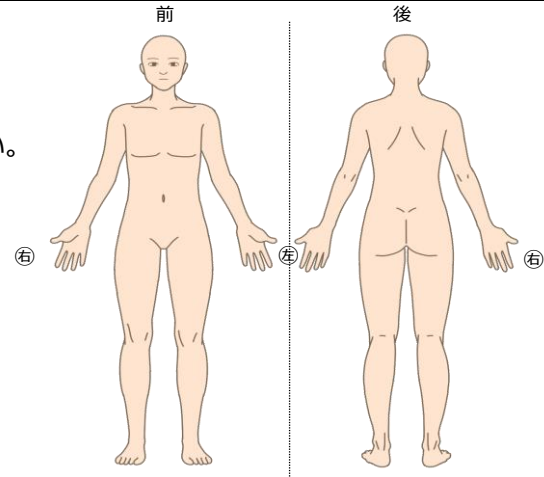
救急車 ・ その他

令和 年 月 日
午前・午後 時 分

フリガナ		性別・年齢	生年月日
氏名		男・女 () 歳	大・昭・平・令 年 月 日
住所	〒		電話番号又は携帯
			家族の連絡先

1. どのような症状で来院されましたか

- 1) 症状のあるところに○をつけてください。(右図) ⇒
- 2) 具体的な部位がわかる方は下記に○をつけてください。
 ・首 ・肩 ・背中 ・胸 ・肋骨
 ・腰 ・脇腹 ・でん部(お尻) ・お腹
 ・腕 () ・足 ()
 ・その他 ()



* 左右どちらですか? ・左 ・右 ・両方

- 3) どのような症状ですか?
 ・痛み ・しびれ ・腫れ ・変形 ・その他 ()
- 4) いつ頃から症状がありますか? ()
- 5) 何が原因ですか?
 ・交通事故 ・スポーツ外傷 ・工作中的の事故 ・転倒 ・原因不明 ・その他 ()
 ()
- 6) 交通事故・労災の場合は日時を記入してください。(受傷日: 令和 年 月 日 時頃)

2. これまでに病気・入院・手術の経験はありますか?

- ・なし ・喘息 ・高血圧 ・糖尿病 ・心臓病 ・脳血管疾患 ・胃・十二指腸潰瘍
 ・結核 ・その他 ・手術 ()

3. 定期的に飲んでいる薬はありますか、ある方は記入してください。

- ・なし ・あり ()

4. 食べ物・薬・注射などでアレルギーになったことがありますか?

- ・なし ・あり ()

5. かかりつけの病院、医院はありますか?

- ・なし ・あり ()

6. 体内に金属が入っていますか? ・なし ・あり ・不明

7. 女性の方にお伺いします。妊娠中または妊娠の可能性はありますか? ・なし ・あり

8. 介護保険・身体障害者手帳についておたずねします。 * 障害者手帳 ・なし ・あり

- 1) 介護保険 ・なし ・あり ・要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)
- 2) 介護サービスの利用 ・なし ・あり
- 3) 利用サービスの種類 ・往診 ・訪問看護 ・デイサービス ・デイケア ・訪問介護
 ・ショートステイ ・福祉用具レンタル ・その他 ()

9. ケアマネージャー () 事業所 () 連絡先 ()