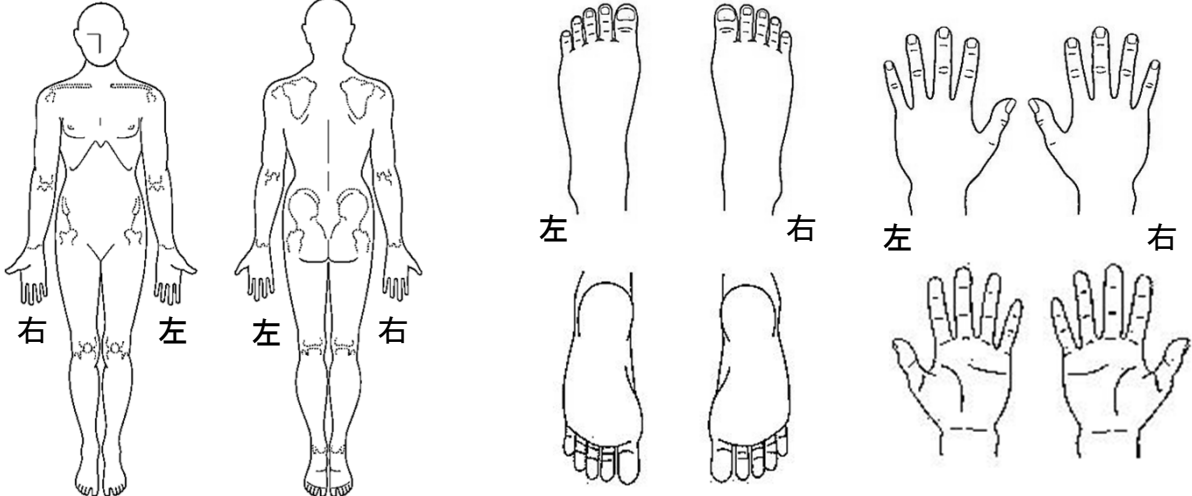


# 問 診 票

令和 年 月 日

氏名	年齢	歳	職業	
	身長	cm	体重	kg

◎40歳以上の方へ 介護認定を受けていますか？	いいえ はい（要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5）
1. どのような症状ですか？	痛み しびれ 腫れ ケガ 出血 その他（ ）
2. 調子の悪いところはどこですか？図の中に○を付けてください。	
3. いつ頃からですか？	（ ）頃から
4. 思い当たる原因がありますか？	いいえ・はい（ ）
5. 今日までに治療を要した 病気やケガはありますか？	特になし 喘息 心臓病 肝臓病 糖尿病 腎臓病 その他（ ）
6. 現在飲んでいるお薬はありますか？	いいえ・はい（ 薬剤名 ） お薬手帳をお持ちでしたら受付にお出してください。
7. 薬等のアレルギーはありますか？	いいえ・はい（ ）
8. ここ1か月以内に海外に 行かれたか？	いいえ・はい（ 渡航した地域 ）
9. 新型コロナウイルス感染者との 濃厚接触の可能性はありますか？	いいえ・はい
10. 女性の方に伺います。	現在妊娠中又は妊娠の可能性はありますか？ いいえ・はい
	授乳中ですか？ いいえ・はい

※紹介状・画像等をお持ちの方は受付へお出し下さい。