再診問診票

記入日 年 月 $\boldsymbol{\mathsf{B}}$ ふりがな 生年月日 口男 □女 氏名 S·H·R 年 月 日 (歳) 住所 〒 連絡先 連絡先(緊急時) 職業 身長 介護認定 要支援1、2 / 要介護1、2、3、4、5 体重 kg cm 既往歷 口特になし 口高血圧 口糖尿病 口心臓病 口高脂血症 □肝臓病 口腎臓病 口ぜんそく 口脳梗塞 口その他(無 · 有 ➡ 紹介元 病院名 : () 紹介状 ※CD-Rなどお持ちの方は必ず受付にお渡しください。 ① 症状のある部位はどこですか? Oをつけてください⇒ 左 右 右 左 ② どのような症状ですか?) □ わからない ③ いつから症状がありましたか? m Tim m MAN) □ わからない ④ 症状の原因を教えてください) □ わからない □ 交通事故 □ 仕事中(労災) □通勤中(労災) ⑤ 今回の症状でほかの診療所・病院を受診されましたか? ※女性のみ □ はい (病院名: 妊娠中もしくは授乳中ですか? □ 妊娠中 (□ いいえ □ 授乳中 ⑥ 現在服用中のお薬はありますか? □ はい (薬剤名: □ わからない (可能性あり) □ いいえ □ いいえ ※妊娠の可能性がある方はレントゲン撮影が ⑦ 薬や食物にアレルギーはありますか? 行えませんので、ご注意ください。 □ はい (内容や症状:

□ いいえ