

問診票

ID: _____

【記入者】 本人 その他(_____ / 続柄: _____)

ふりがな		生年月日	年齢
患者氏名		年 月 日	歳
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> 答えたくない	職業	

1. 今回、相談したいことやお困りの症状を教えてください。

--

2. 上記症状はいつ頃から始まりましたか？

--

3. これまでに上記のことで医療機関に受診をしたことがありますか？ 医療機関名も教えてください

--

4. 薬や食べ物にアレルギーはありますか？

<input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> あり → 内容(_____)

5. これまでに大きな病気にかかったり、ケガ、手術などの経験はありますか？

--

6. 生理に関してお尋ねします(該当する方のみお答えください)

<input type="checkbox"/> 生理周期は順調である
<input type="checkbox"/> 生理周期が不順である
<input type="checkbox"/> 閉経している

7. 現在、飲んでいる薬があれば教えてください。

* 本日、お薬手帳を持参されている方は記入しなくて構いません。お薬手帳の提示をお願いします。
--

8. 障害年金や障害者福祉手帳は取得されていますか？また、自立支援医療制度は利用されていますか？ 該当する箇所にチェックをしてください。

<input type="checkbox"/> 障害年金を受給していない
<input type="checkbox"/> 障害年金を受給している → 種類は？ 基礎年金(2級 ・ 1級) / 厚生・共済年金(3級 ・ 2級 ・ 1級)

<input type="checkbox"/> 障害者福祉手帳を持っていない
<input type="checkbox"/> 障害者福祉手帳を持っている → 種類は？ 精神障害者保健福祉手帳(3級 ・ 2級 ・ 1級) / 療育手帳(A1 ・ A2 ・ A3 ・ B1 ・ B2) 身体障害者手帳(_____ 級)

<input type="checkbox"/> 自立支援医療制度を利用していない	<input type="checkbox"/> 現在、自立支援医療制度を申請中
<input type="checkbox"/> 自立支援医療制度を利用している	