

# 問診票



年 月 日

ふりがな		性別	年齢
名前		男 女	才
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日		
住所	〒 —		
電話番号	自宅 — —	ご本人携帯	— —

## ■ご本人様以外の患者様側窓口（責任者）になる方を1名ご記入下さい

当院では、ご本人様以外の方への診療に関する説明・連絡・問い合わせの窓口を1名のキーパーソンに統一しています。情報の行き違いや混乱を避けるためです

ふりがな  
お名前 ( ) 電話番号：携帯・自宅 — —

ご関係： 夫 妻 父 母 兄 弟 姉 妹  
長男 次男 三男 長女 次女 三女 その他 ( )

※個人情報の観点からお電話での診療内容等についてはお答えはできません ご了承ください

## ◆1～3の質問に、当てはまる項目に○を付けてください

### 1 本日はどのような症状で来院されましたか

頭痛 めまい・ふらつき 物忘れ リハビリ 転倒 紹介状あり

その他 ( )

### 2 本日お薬手帳はお持ちですか はい いいえ アプリ

→ はい とお答えの方でおくすり手帳お持ちの方は受付へお出し下さい

### 3 2週間以内に発熱はありましたか はい いいえ

→ はい とお答えの方 いつ頃からですか ( )

※自賠責・労災の方もしくは可能性がある方は、事前に受付までお申し出下さい

※ペースメーカーの方は検査が出来ませんので、事前に受付までお申し出下さい