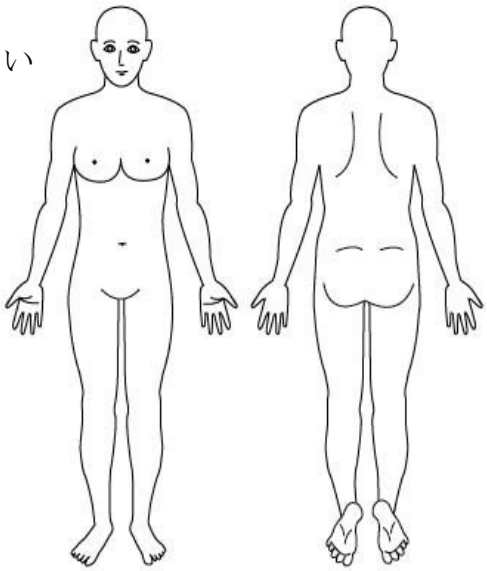
様式３

問診票

フリガナ		男 女	生　年　月　日		年齢
氏名			大正･昭和･平成･令和 年　　月　　日		歳
住所			電　話　番　号		
			緊急連絡先		

1）どうされましたか？（複数回答可）

□頭痛　□めまい　□手足のしびれ　□意識がなくなる
□呼吸苦　□耳鳴り　□手足のふるえ　□物が見えにくい
□吐き気　□やけど　□胸痛　□腹痛
□腰痛　□発熱　□のどの痛み・咳　□歩けない、立てない
□ケガ　□その他（　　）



2）どの部分ですか？（右の図に印をつけてください）

3）いつからですか？

□今日　□昨日　□２～３日前　□１週間前
□それ以前（　　）

4）今までにどのような病気をしましたか？

□高血圧　□喘息　□糖尿病　□心臓病（狭心症・心筋梗塞）
□認知症　□精神疾患　□めまい　□脳卒中（脳出血・脳梗塞）
□その他（　　）

5）かかりつけの病院はありますか？

□ない　□ある→病院名（　　）診療科目（　　）

6）何かお薬を飲んでいますか？

□ない　□ある→服用している薬（　　）

7）薬や食べ物などでアレルギーを生じたことはありますか？

□ない　□ある→何アレルギー？（　　）

8）ほかに伝えたいことがあれば記入してください。