

記入日 年 月 日

NO _____

代々木の森耳鼻咽喉科 往診用問診票

フリガナ

氏名 _____ 男 ・ 女 (才)

住所(マンション名等、なるべく詳しく記入してください)

〒

駐車場(車高 2.1mの往診車を駐車できる場所) 有 ・ 無

電話番号 () FAX ()

1. キーパーソン(主に介護している人)
2. 自立度 (複数選択可)
家の中なら一人で移動可能 ・ 車イス/介助で移動可能 ・ 移動不可能
支えなしで座位をとれる ・ 支えがあれば座位をとれる ・ 座位は不可能
日中は離床 ・ 食事のときのみ離床 ・ 終日ベッド上
3. 意志疎通
問題なし ・ ある程度可能 ・ 不可能
4. 栄養
普通食 ・ 特別食 (一人で可能 ・ 一部介助が必要 ・ 全面介助)
経鼻栄養 ・ 胃瘻 ・ 点滴のみ
5. 現在治療中の病気
6. 感染症 (既往あれば選択) B / C 型肝炎 ・ 梅毒 ・ HIV
7. 薬・食物のアレルギー なし・あり ()
8. 常用薬



9. 今回診察を御希望されるのはどのような症状ですか？それはいつからですか？

10. 以前にも同様の症状がありましたか？ あれば、いつ頃ですか？

11. 思い当たる原因や誘因はありますか？

12. 現在、或は過去にそれに対する治療歴があれば、詳細を教えてください。

13. 当クリニックを、どこでお知りになりましたか？

知人の紹介 インターネット 他医師からの紹介 その他()

14. 御質問・御要望などございましたら、御自由にお書きください。

*御記入が終わりましたら、**保険証**とこの**問診票2枚**を下記までファックスしてください。

F a x 0 3 - 5 4 5 3 - 8 7 3 4

保険証貼付欄

