

ダダ第2クリニック 問診票

カルテ番号:

この問診票は、現在の状況を把握し診察の基礎となるものです。
空欄に記入、当てはまる項目を○で囲んでください。

____年____月____日記入 記入者名:_____ 続柄(____)

ご住所:_____ 携帯番号:_____

身長:____cm 体重:____kg 利き手:右・左・両利き

※病院受診時にマイナンバーカードを保険証として利用している際は1・2・3を省略できます。

1. 現在当院以外で通院している医療機関がありますか: 有 ・ 無
有の場合は、下記項目に記入してください。

医療機関名	通院開始日	診断名	服薬しているか

2. 現在当院以外で処方されている薬がありますか: 有 ・ 無
有の場合は、下記項目に記入してください。

医療機関名	薬剤名	容量	処方開始日

3. 1年以内に病院や職場で健診を受けていますか: 有 ・ 無
有の場合は、健診内容と指摘内容などを記入してください。

健診内容	時期	指摘事項

4. これまでに手術や入院を要するような病気等がありましたか： 有 ・ 無
有の場合は、下記項目に記入してください。

病名	医療機関	時期	治療内容

5. 薬や食品などのアレルギーがありますか： 有 ・ 無
有の場合は、下記内容を記入してください。

アレルギー名	症状

6. 女性のみにお聞きします。現在、妊娠中または授乳中ですか： はい ・ いいえ
妊娠周期や予定日・出産日・子どもの月齢等記入してください。

--

7. 現在利用している制度はありますか： 有 ・ 無
有の場合は、下記制度に○を付けてください。また、級も記載してください。

自立支援医療・精神障害者保健福祉手帳(級)・身体障害者手帳(級)・療育手帳(級)・障害年金(級)・特別児童扶養手当・生活保護・日常生活自立支援・訪問看護(事業所名：) ・ その他()

8. 現在福祉サービスや介護保険を利用してますか： 有(介護保険・福祉サービス) ・ 無
有の場合は、下記項目を記載してください。

ケアマネージャー名 計画相談担当者名		事業所名	
利用中サービス	就労移行・就労継続B型・就労継続A型・ 障害者就労生活支援センター・ 障害者就労支援センター・ 生活介護・生活訓練・短期入所・ 居宅介護(ヘルパー)・グループホーム・ 宿泊型自立訓練・日中一時・ 保育所等訪問支援・児童発達支援・ 放課後等児童デイサービス・その他	事業所名	

ご協力ありがとうございました。