

診療申込書

フリガナ		男・女
氏名		
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)		
住所	〒	
	電話	
被保険者	続柄	職業
連絡先	電話	
勤務先	電話	

紹介医療機関

紹介区分	1 連帯医 2 連携病院 3 保健所・福祉事務所 4 老人保健施設等 5 救急患者 6 職員・家族 7 紹介その他 9 紹介なし	所在地	
		名称・電話	
		医師名	

問 診 票

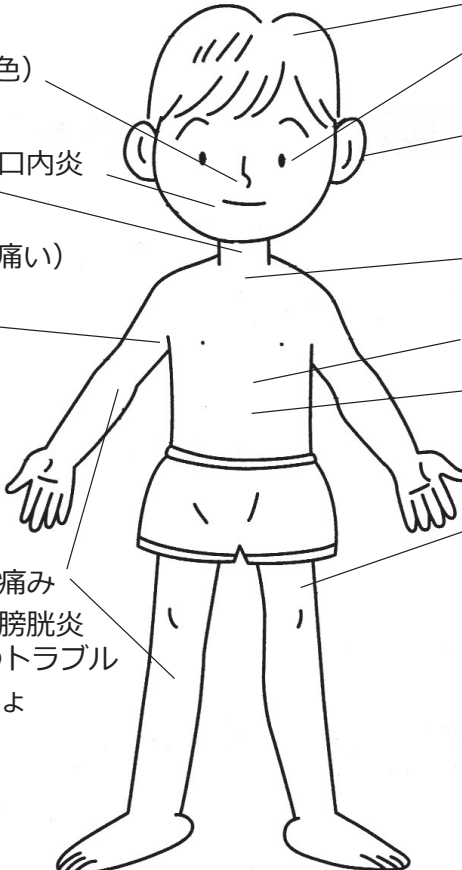
年 月 日

受付番号

生年月日 年 月 () 才 男・女

あてはまるものに丸をつけてください。

高熱を出した () °C 微熱がある () °C

- 
1. 頭痛
 2. めまい
 3. 鼻血 (右, 左)
 4. 鼻水 (色)
 5. 首 (つけね, リンパ, かたまり)
 6. 甲状腺のはれ
 7. 口内炎
 8. のど (チクチク, イガイガ, ヒリヒリ, 赤くないのに痛い)
 9. リンパのはれ
 10. 吐き気, 嘔吐
 11. むかつき
 12. 不眠
 13. 精神不安
 14. 集中力がない
 15. 物が覚えられない
 16. 頭がボーッとする
 17. 突然の眠気
 18. 突然の脱力
 19. 髪の毛のぬげ
 20. 目の異常 (はれ, かゆみ, ヒリヒリ, 熱くなる)
 21. 耳鳴り
 22. 目の下にクマが出る
 23. せき (長く続く, 喘息様)
 24. たん () 色, 続く, からむ
 25. 腹痛, 胃の上部の痛み
 26. 下痢 () 日ぐらい
 27. 心臓痛
 28. 傷がなおりにくくなった
 29. アレルギーの悪化
 30. 皮膚のトラブル
 31. 湿疹が出た
 32. 湿疹が消えない
 33. 雪焼け様の日焼け
 34. 皮膚ヒリヒリ, つっぱる
 35. 服の上から日焼け
 36. 関節の痛み
 37. 排尿・膀胱炎などのトラブル
 38. おねしょ
 39. 紫斑
 40. 生理不順・性器トラブル
 41. はぐきの腫れ, 出血
 42. 気絶・意識不明
 43. 周囲に突然死が出た

♪他に気がついたことを書き込んで下さい。

♪既往歴

♪事故後どこにいたか、何をしていたか

♪保養・避難していた時期

♪食べ物に気を付けているか Yes No

	3	6	9	12	15	18	21	24	詳細等	
例	← 自宅		→ 学校			← 外		→ 車		外…公園で遊ぶ 車…ガソリン待ち
3/24 (木)										
3/25 (金)										
3/26 (土)										
3/27 (日)										
3/28 (月)										
3/29 (火)										
3/30 (水)										
3/31 (木)										

食事について

	たくさん	少し	ほとんど	不明
3月中に自分の畑や果樹園、家庭菜園、地域の産直などで作られた作物をどのくらい食べましたか。				
震災のあった年の春の山菜は食べましたか。				
3月、4月、牛乳は飲んでいましたか。				

その他 食事で気をつけていた事、生活の中で気をつけていた事、保養などありましたら、ご記入下さい。

経過用紙

診療科	年月日	サイン	症状・経過等	処方・処置等