

訪問診療相談用紙

記入日：令和 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 歳
氏名		男・女		
住所				
連絡方法		希望連絡時間		

*名前・住所の記載は任意で結構ですが、連絡方法、連絡時間はご記入願います。

問診票

1)お困りのことは何ですか。(具体的にご記入ください)

2)お困りになったのはいつ頃からですか。ご本人の年齢も分かれば記載ください。

3)今までに医療機関や行政機関(保健所・市役所等)に相談されたことがありますか。

いつ頃

機関名

4)今まで大きな病気、事故、手術をされたことがありますか。

いつ頃

病名

5)ご本人様の身長、体重を記載ください。(おおよそで結構です)

身長 cm

体重 kg

6)最後にこちらからの連絡方法を確認しFAXにて送付ください。

医療法人社団増田厚生会
清川遠寿病院
FAX 046-288-3350
電話 046-288-1511