

# 問診票

フリガナ  
お名前 \_\_\_\_\_ (男・女) 生年月日 (大・昭・平・令) \_\_\_\_\_ 年 月 日 歳  
現住所 〒 \_\_\_\_\_

自宅電話 \_\_\_\_\_

お勤め先・学校名 \_\_\_\_\_

携帯電話 \_\_\_\_\_

仕事内容を○印で囲んでください。  
デスクワーク 営業 立仕事 その他 ( )

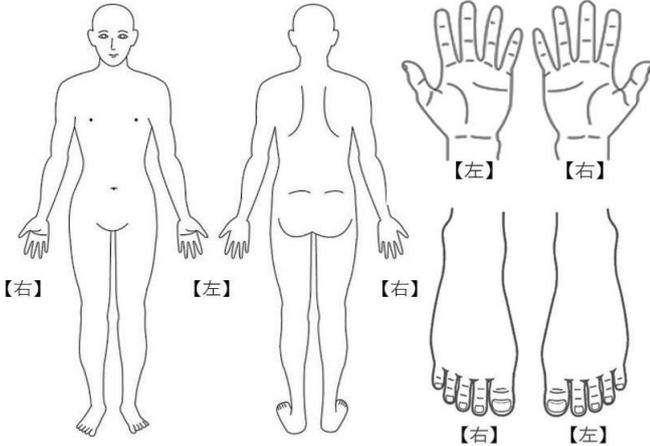
\*診察希望の部分を下の図に○で記入してください

\*症状はいつ頃からですか? ( )

\*どのような症状ですか?

痛い・重い感じ・しびれ・変形・動きが悪い・腫れ  
その他 ( )

\*症状・お怪我はどのような状況で起きましたか?



当てはまれば○を記入: 工作中・通勤途中・交通事故  
スポーツ中 (種目: )

\*スポーツをしていますか? はい いいえ  
(種目: 週 回; 月 回)

\*MRI検査を希望されますか?  
(はい・いいえ・わからない)

\*介護認定を受けていますか?  
(受けていない・要介護 \_\_\_\_\_ ・要支援 \_\_\_\_\_)

今までに治療した病気又は現在治療中の病気はありますか? 心臓病(ペースメーカー)・糖尿病・高血圧・肝臓病・腎臓病・胃潰瘍 その他 ( )	はい	いいえ
今までに手術を受けたことがありますか? すべてご記入下さい。 病名又は手術名 ( )	はい	いいえ
今、飲んでいるものはありますか? (お薬、漢方薬、サプリ、ピルなど) お薬手帳あり・なし (薬品名: )	はい	いいえ
血液をかたまりにくくする薬を飲んでいますか? 病名又は薬品名 ( )	はい	いいえ
注射・お薬でアレルギー等が起きたことがありますか? 薬品名と症状 ( )	はい	いいえ
現在又は過去にぜんそくと言われたことがありますか? いつ頃ですか? ( )	はい	いいえ
湿布でかぶれたことがありますか?	はい	いいえ
*女性の方にお尋ねします。 現在、妊娠中・妊娠の可能性ありますか?・授乳中ですか?	はい	いいえ

\*ご来院のきっかけをお教え下さい。  
①家の近所 ②会社、学校の近所 ③情報センター ④知人の紹介 ( )  
⑤他医の紹介 ( ) ⑥インターネット ( ) ⑦その他 ( )

\*その他、何かありましたらご記入ください。  
( )

\*患者さんの病状や治療内容により、診察の順番が前後することがございますのでご了承願います。  
\*名前での呼び出しをご希望されない方は、その旨受付までお申し出下さい。