

年 月 日

問診票

ふりがな _____

大正・昭和
平成・令和 年 月 日生まれ(歳)

名前 (男・女)

住所 〒 _____

自宅 _____
携帯 _____

①今日は何でお悩みですか?(複数回答可)

- 痛い 腫れている しびれ 変形
動かない 傷がある その他()

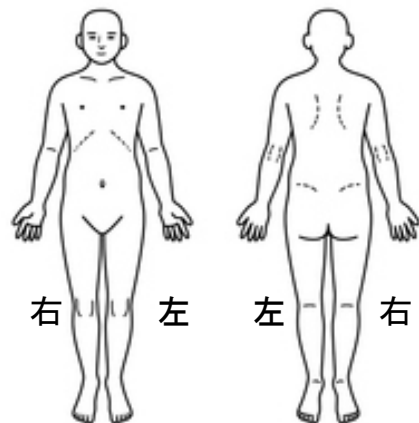
②症状があるところに、○を付けて下さい

③原因となるきっかけはありましたか?

- 転倒 ひねった スポーツでの怪我や痛み
仕事中のケガ 原因不明 その他()

④症状はいつ頃からありますか?

(年 月 日頃から)



⑤今回の症状で他の医療機関を受診しましたか?

- いいえ はい→ 医療機関名()
治療内容 内服薬、湿布、リハビリ、その他()

⑥ご希望の検査や治療などありますか?(複数回答可。決まっていない方は無記入でも大丈夫です)

- レントゲン エコー リハビリ 骨密度(骨粗鬆症) 血管伸展性検査(動脈硬化)
注射 飲み薬 湿布 診断書 医師と相談して決める

⑦これまでにかかったことのある病気、現在治療中の病気はありますか?

- ない ある→高血圧、糖尿病、肝臓病、喘息、胃潰瘍、痛風、腎臓病、心臓疾患、脳卒中
ペースメーカー、その他()

⑧定期的に内服している薬はありますか?

- ない ある→() お薬手帳があれば提出をお願いします。

⑨今までに注射やお薬で体に異常(アレルギー)が起きたことはありますか?

- ない ある→()

⑩女性の方へお聞きします

- 妊娠中または妊娠の可能性はありますか? ない ある
授乳中ですか? いいえ はい

⑪当院をお知りになったきっかけは何ですか?(複数回答可)

- 家族や知人の紹介 通勤・通学の通り道 広告 看板
ホームページ 他の医療機関から紹介 その他()