

問 診 票

※必ずご記入下さい

住 所	〒 □□□-□□□□		
フリガナ		職業	
氏 名			男・女
生年月日	T S H R	年	月 日 (才)
電 話	自宅 ()	携帯	- -

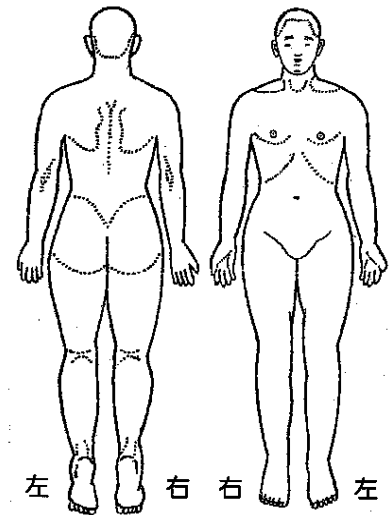
1) 本日は、どのような症状で来院されましたか？

体温 _____ °C

- 痛い しびれる 腫れている 動かしにくい 切った
その他 ()

2) 具合の悪い部位はどこですか？ (右図に○をつけて下さい)

部位： ()



3) いつからの症状ですか?ケガの場合、受傷日はいつですか?

()

4) 原因は何ですか?

- 特になし 交通事故 お仕事中のケガ スポーツ
その他 ()

※学校(幼稚園・保育園含む)でのケガですか?

- いいえ 授業中 部活動 登下校 郊外活動
はい (右から選んで下さい) その他 ()

5) 今回の症状で他の医療機関を受診したことはありますか?

- いいえ はい (病院、医院名)

6) 現在治療中の病気はありますか?

- いいえ 高血圧 糖尿病 心臓病 (狭心症や不整脈)
はい (右から選んで下さい) 脳梗塞 腎臓病 喘息 胃潰瘍
その他 ()

7) 現在服用しているお薬はありますか? ※「お薬手帳」をお持ちの方は見せてください

- いいえ はい ()

8) 薬や食べ物でアレルギー症状が出たことはありますか?

- いいえ 薬 ()
はい (右に記入して下さい) 食べ物 ()

9) 女性の方へ、現在妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか?

- いいえ はい (妊娠中 妊娠の可能性あり 授乳中)