

問診票

平成 年 月 日

フリガナ 氏名	男 女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	年齢 歳
住所 〒		電話 ()		

身長 _____ cm 体重 _____ kg 熱 _____ °C 具合の悪い部位に○をつけて下さい。

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか。

・いつ頃からですか。(年 月 日から)

・症状

()

・原因は何ですか。○をつけて下さい。

1) 交通事故 4) その他 ()

) スポーツ外傷 5) 特に原因なし

3) 労災

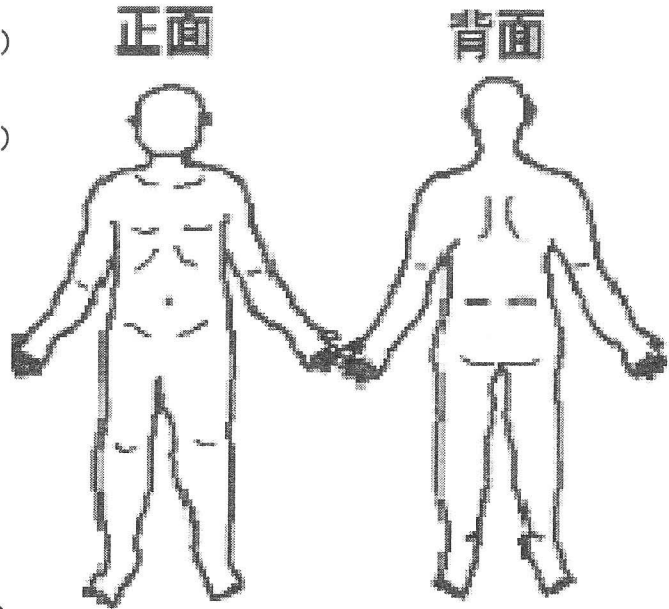
2. この症状で、現在あるいは、過去に治療を

受けていますか。(はい ・ いいえ)

「はい」の方… 病名 ()

病院・医院名 ()

治療法 (薬、 注射、 リハビリ、 その他)



3. 今までにかかった病気/いま通院中の病気を○で囲んで下さい。また、それはいつ頃ですか。

・リウマチ () ・痛風 () ・肝臓病 ()

・心臓病 () ・腎臓病 () ・糖尿病 ()

・胃潰瘍 () ・喘息 () ・その他 ()

4. 現在、何か薬を飲んでいますか。(はい ・ いいえ)

「はい」の方…薬の名前 ()

5. 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか。(はい ・ いいえ)

「はい」の方…わかれば薬・食べ物の名前 ()

()

6. 女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか (はい [] ヶ月・いいえ) 授乳中ですか (はい・いいえ)

ご協力ありがとうございました。

この問診票は診察を円滑に進め、待ち時間をできるだけ少なくし、かつ治療効果を最大に高めるために使わせて頂きます。尚、プライバシーは厳守いたします。