

問診票

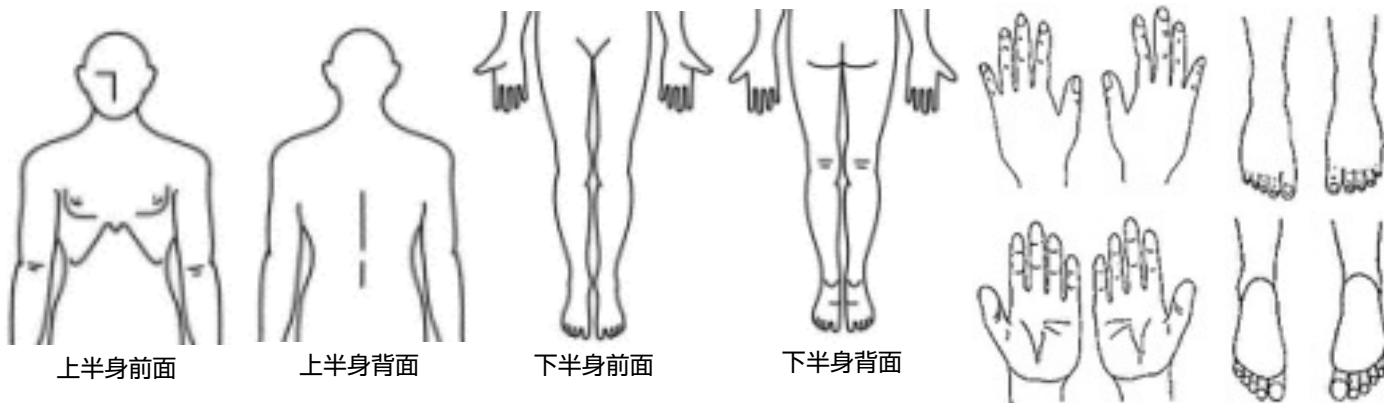
カルテNo.

年 月 日

フリガナ		様	男・女	電話 () -	
氏名					
住所	〒 -			生年月日	明大 年 月 日 才 昭平

1) 今日どのような症状で受診されましたか？(症状がある部分に○を付けてください)

痛い・しびれる・おもい・こる・つっぱる・腫れている・動きにくい・その他 ()



(お怪我の方)

・お仕事中の怪我ですか？ (はい ・ いいえ) ・交通事故での怪我ですか？ (はい ・ いいえ)
 ・それ以外 ()

2) その症状はいつ頃から始まりましたか？

月 日から / 日 ・ 月 ・ 年前から / 年 月 頃から

3) 思い当たるきっかけはありますか？

4) 今回の症状で他の医療機関を受診されましたか？

いいえ ・ はい よろしければ医療機関名、治療内容を教えてください ()

5) 今までにかかった病気、または現在治療中の病気がありますか？

ない・高血圧・心臓病(狭心症・不整脈など)・糖尿病・脳梗塞・腎臓病・喘息・胃潰瘍・肝臓病 その他()

6) 今までに手術を受けられたことがありますか？

ない・ある →何の手術ですか？()

7) 血をさらさらにする薬を飲んでいますか？

いいえ ・ はい

その他に、現在服用している薬はありますか？

いいえ ・ はい →薬名() *お薬手帳をご持参していただければ薬名の記入は不要です。

8) 薬や食べ物のアレルギーはありますか？

なし ・ あり →()

9) 女性の方にお聞きいたします。現在妊娠中ですか？ あるいは妊娠の可能性はありますか？

ない ・ ある ・ 授乳中

10) 希望される検査・治療はありますか？

ない ・ レントゲン ・ 骨密度 ・ リハビリ ・ その他()

*よろしければ、当院へお越し頂いたきっかけを教えてください。

1.自宅か職場が近い 2.通りすがり 3.ホームページを見て 4.ご紹介 (から) 5.看板を見て 6.広告を見て 7.口コミ