

問診票

令和 年 月 日 初 再

フリガナ		性別	生年月日		年齢
お名前		男・女	大・昭 平・令	年 月 日	才
郵便番号		前回より変更あればご記入下さい			変更なし
〒	住所				
電話番号		携帯番号			
当院受診歴	有 無	領収証 有無	明細入り・領収証のみ・不要		

のちほど看護師より改めて詳細な病歴の確認がございます。お手数ですがご記入下さい。

・いつ頃からどのような症状でお困りですか？

いつ頃から()

症状は？ 痛い・しびれ・赤み、腫れ・かゆみ・動きが悪い・その他()

・症状のあるところを右の図に○を付けて下さい

・きっかけ・原因はありますか？

交通事故・仕事中のけが・通勤中のけが

スポーツ・その他()

・これまでにこの症状で何か治療を受けていますか？

はい どこで？ ()

いいえ いつ頃 ()

・現在治療中、またはかかったことがある病気はありますか？

なし

あり ⇒ 高血圧 糖尿病 心臓病 脳梗塞 痛風 肝臓病 腎臓病
ぜんそく リウマチ 胃潰瘍 アレルギー(花粉症、結膜炎など) その他()

・現在飲んでいる薬はありますか？

いいえ ・ はい ⇒ なんのお薬ですか？ ()

・薬、注射、食べ物のアレルギーはありますか？

いいえ ・ はい ⇒ 何のアレルギーですか？ ()

・ご来院のきっかけをお教え下さい

・家の近所 ・会社、学校の近所 ・知人の紹介()
・他医からの紹介() ・インターネット ・その他()

☆女性の方へ☆

・現在妊娠、または妊娠の可能性はありますか？

はい ・ いいえ

・現在授乳中ですか？

はい ・ いいえ

<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>