

問診票

年 月 日

フリガナ

名 前： _____ 生年月日：T・S・H・R _____ 年 月 日 _____ 歳

住 所：〒 _____

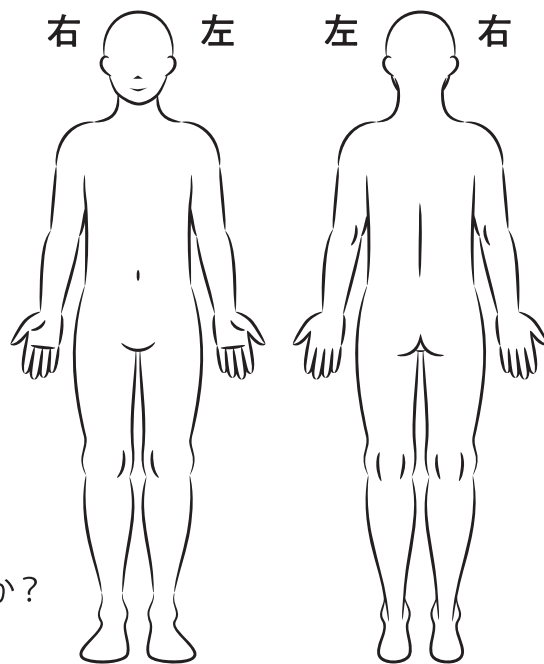
電 話： _____ 携 帯： _____ 職 業： _____

*ご記入いただきました問診票の個人情報、診療録(カルテ)と同様に厳正に管理されます。

1.どのような症状ですか？ 症状のある場所を右下図の該当部位に○印をつけて下さい。

- ・痛み ・しびれ ・腫れ ・傷 ・運動制限
- ・その他()

右 左 左 右



2.いつ頃から症状がありますか？

- ・ 年 月 日から
- ・今日から

3.症状の原因はありますか？

- ・あり ・なし
- ・原因 ()
- 交通事故、労災(工作中・通勤中) (受傷日 月 日)

4.今回の症状に対して他の医療機関で治療を受けましたか？

- ・はい()
- ・いいえ

5.現在治療中の病気はありますか？(はい・いいえ)

- ・高血圧 ・心臓病(狭心症・不整脈など) ・糖尿病 ・脂質代謝異常 ・脳梗塞 ・ぜん息
- ・腎機能障害 ・肝機能障害 ・がん(治療後も含めて) ・リウマチ ・骨粗しょう症
- ・甲状腺疾患 ・胃腸障害 ・その他()

6.過去に怪我や病気にかかったこと、手術を受けたことがありますか？ (はい・いいえ)

あれば詳しく→()

7.薬や注射に対するアレルギー、湿布かぶれはありますか？ (はい・いいえ)

あれば詳しく→()

8.《女性の方へ》

現在、妊娠している可能性はありますか？ (はい・いいえ・不明)

現在、授乳中ですか？ (はい・いいえ)