

問 診 表

受診日： 年 月 日

名前	性別	年齢	ご職業
	男性・女性	歳	

<裏面もご記入下さい>

1. 本日、紹介状・フィルム・画像CD-Rを持参されていますか？

はい いいえ

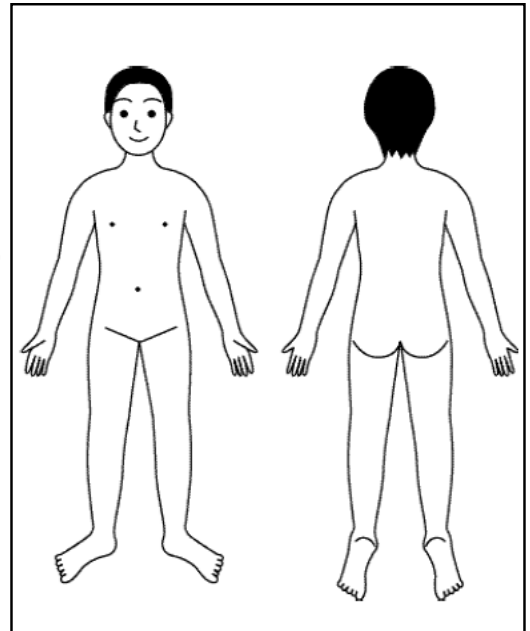
↓具合の悪い部位に○をつけて下さい

2. どのような症状で来院されましたか？

痛い しびれる はれている 動きにくい
その他 ()

※症状のある部位はどこですか？

くび こし せなか かた(右・左) ひじ(右・左)
ひざ(右・左) 足首(右・左) その他⇒右図へ



3. いつごろから症状は出てきましたか？

_____年_____月_____日 ごろから
 _____(日・月・年)前から

4. 症状が出たきっかけ・原因は何ですか？

交通事故 仕事(内容:))
その他 () 転んだ
スポーツ () 特に原因なし

5. 今回の症状で他の医療機関を受診されていますか？

いいえ
はい → 病院・医院名: ()病院・医院
 治療内容: 投薬 注射 物理療法 その他())
 検査: レントゲン MRI その他())

6. 現在治療中の病気がありますか？

いいえ
はい → 高血圧 糖尿病 脳梗塞 心臓病(狭心症・不整脈など)
腎臓病 喘息 胃潰瘍 リウマチ
その他())

7. 過去に怪我や病気で手術を受けたことがありますか？

いいえ
はい → 手術名:() : 年: 病院名 ()
 手術名:() : 年: 病院名 ()

<裏面もご記入下さい>

8. 現在、何か薬を飲んでいますか？

いいえ

はい → 病名：() 薬の名前：()

9. 薬や食べ物でアレルギーが出たことがありますか？

いいえ

はい → 薬：() 食べ物：()

10. 喘息を指摘されたことがありますか？

いいえ

はい → 通院中 服薬中 最終発作日：_____年_____月_____日

11. 趣味や健康目的などで何か運動(スポーツ)をしていますか？

いいえ

はい → 趣味・健康目的 競技

スポーツ名：() _____回/週・月

※学生の方 → 学校名：() 学年：()

クラブ名：() ポジション：()

顧問の先生：()

手術希望有無： 希望する 希望しない

12. 【女性の方のみ】妊娠している可能性がありますか？

いいえ はい

13. 【女性の方のみ】授乳中ですか？

いいえ はい

14. よろしければ当院へお越しいただいた理由をお聞かせ下さい

近いから 通りがかり ホームページを見て facebookを見て

職員の紹介(お名前：) ご家族の紹介(お名前：)

看板を見て(どちらの看板ですか？：)

知人の方からの紹介(お名前：)

講演会を聴講して()

他の医療機関より紹介()

その他()

15. ご自宅(職場)からクリニックまでの主な交通手段をお聞かせください

徒歩 車 バス タクシー 自転車 原付・バイク

J R モノレール

ご協力ありがとうございました。

ご記入いただきましたこの問診表の個人情報につきましては、診療録(カルテ)と同様に厳正に管理されます