

問 診 表

初・再

フリガナ		性別	年齢	ご職業
氏名		男・女	歳	

受診日： 年 月 日

ID:

1. 紹介状・画像CD-R等をご持参されていますか？

いいえ

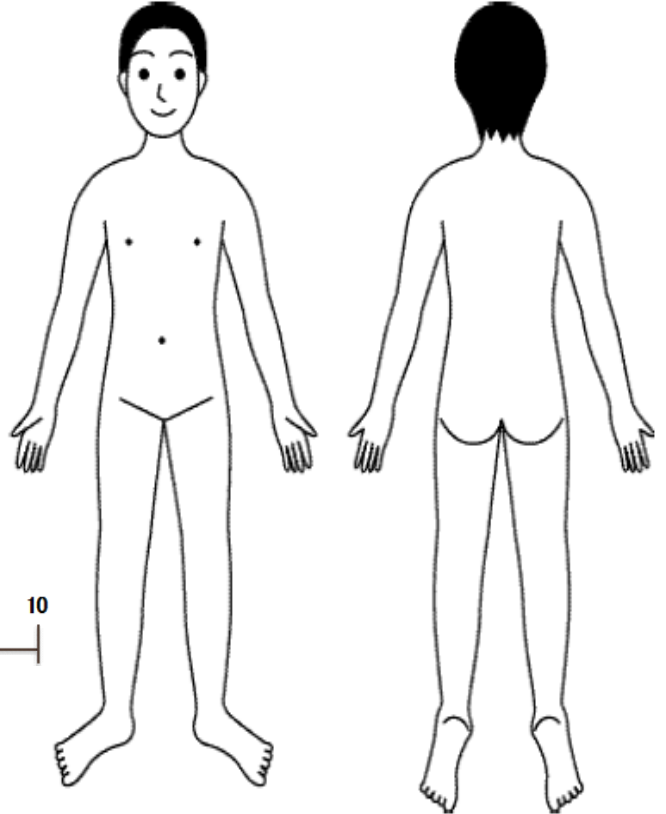
はい (内容:)

↓症状のある部位に印をつけてください↓

2. どのような症状でご来院されましたか？

()

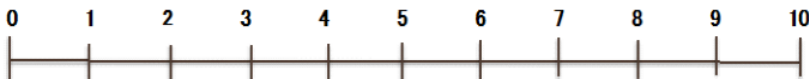
症状のある部位に印をつけてください→



3. どの程度痛みますか？

0から10の数値に丸をつけてください。

0(痛み無し) →→→ 10(想像できる最大の痛み)



4. いつごろから症状は出てきましたか？

_____年_____月_____日頃から

5. 症状が出たきっかけ・原因は何ですか？

交通事故 仕事 スポーツ 転倒 特に原因なし その他()

6. 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: ()

治療内容: 投薬 注射 物理療法 その他 ()

検査: レントゲン MR I その他 ()

7. 現在治療中の病気や、飲んでいるお薬はありますか？

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()

服用中のお薬の名前: ()

8. 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 → 消毒薬 その他の薬() 食べ物()

< 裏面もご記入ください >

9. 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：()

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. タバコを吸いますか？

いいえ

はい 頻度：(本・箱 / 日)

12. 何かスポーツ（運動）をしていますか？

いいえ

はい 競技・スポーツ名() 頻度：(回 / 週・月)
学校・クラブ名() ポジション()

13. 【女性の方】 妊娠・授乳についてお聞かせください

妊娠している可能性がある 妊娠中である(ヶ月) 授乳中である

14. 当院をお選びいただいたきっかけと、ご自宅（職場）からの主な交通手段をお聞かせ下さい(複数可)。

近い 通りがかり 看板(場所：)

インターネット(当院ホームページ・Facebook・Instagram・その他：())

他の医療機関からの紹介(医療機関名：)

講演会(講演会名：)

人からの紹介(職員・ご家族・知人 お名前：)

その他()

交通手段： 徒歩 車 バス タクシー 自転車 原付・バイク JR 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票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