

# 問診票

受診日： 年 月 日

フリガナ		年 齢 ( ) 歳	性 別 男性・女性
氏 名	自宅電話		
	携帯電話		
	職業：		
住 所 〒			
身長 ( cm)	体重 ( kg)	喫煙 □なし/□あり ( 本/日)	喫煙年数 ( 年)

1. 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： )

※紹介状等があれば、受付にお渡しください。

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 その他 ( )

※症状のある部位はどこですか？

(部位： )

3. いつごろから症状は出てきましたか？

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日ごろから  
\_\_\_\_日前から

4. 症状が出たきっかけ・原因は何ですか？

特に原因なし 転んだ スポーツ ( )

交通事故 工作中 その他 ( )

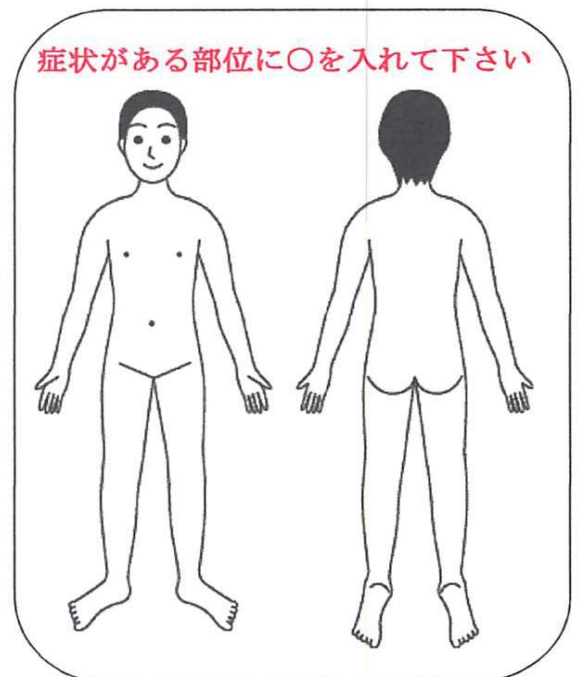
(交通事故・労災使用の方は受付にお伝え下さい)

5. 過去に怪我や治療で手術を受けたことがありますか？

いいえ

はい⇒手術名： ( : 年 月：病院名 )

手術名： ( : 年 月：病院名 )



<裏面もご記入下さい>

7. 現在治療中の病気がありますか？

いいえ

はい⇒病院・医院名：( )

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 ( )

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：( )

**※お薬手帳をお持ちであれば、問診票と一緒にお願いします**

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

運動（スポーツ）名：( ) 頻度：( 回/週・月)

※学生の方⇒学校名：( ) 学年：( 年生)

クラブ名：( ) ポジション：( )

顧問の先生：( )

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

お会計時の明細書

希望する

希望しない

※後日の発行はできません。

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

紹介（お名前：( )

他の医療機関より紹介 ( )

その他 ( )

患者様の緊急連絡先

( ) 様 続柄 ( )  
TEL