

問診票

No. _____

令和 年 月 日

フリガナ	性別	生年月日	年齢	職業
お名前	男 女	大・昭・平・令 年 月 日	歳	
(〒 -) ご住所			Tel (- -)	

1. どのような症状ですか？

痛い しびれる 動きにくい 腫れている 傷がある やけど

その他 (_____)

2. いつ頃から症状が出てきていますか？(具体的に)

____月 ____日 ____日前 ____週間前 ____カ月前 ____年前

3. 症状が出たきっかけは何ですか？

転倒 落ちた ぶつけた ひねった 運動中 切った はさんだ

交通事故 仕事中 原因不明 その他 (_____)

4. 今回の症状で他の医療機関を受診・治療していますか？

いいえ はい (医療機関名 _____)

5. 現在治療中の病気はありますか？

いいえ はい (_____)

6. 今までに手術を受けことはありますか？

いいえ はい (_____)

7. アレルギーはありますか？

いいえ はい 食物・薬剤・花粉症・湿布かぶれ
(_____)

8. 現在お薬を飲んでいますか？

いいえ はい (_____)

9. 現在妊娠していますか？

いいえ はい (____カ月)

※診察を希望する部位に○で印をつけて下さい。

