

問 診 票

お名前と生年月日

住所と連絡先（必ずご記入ください）

（フリガナ）

男
・
女

〒 □□□□ - □□□□

T S H R 年 月 日生（才）

☎（ ） -

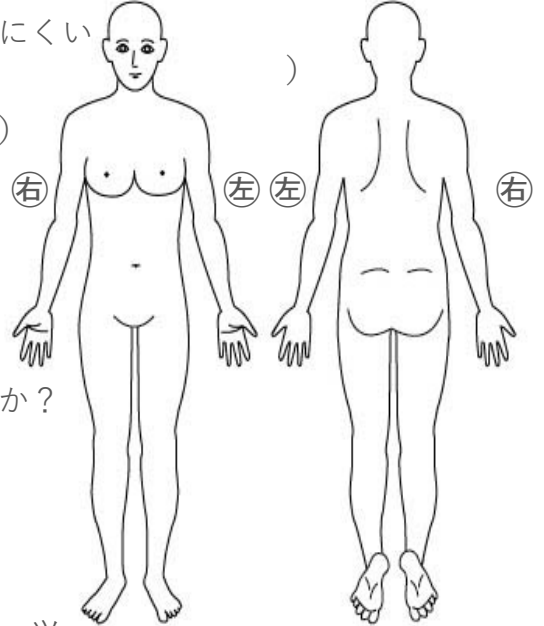
①本日は、どのような症状で来院されましたか？

- 痛い しびれる 腫れている 動かみにくい
切った その他（ ）

②具合の悪い部位はどこですか？（右図をご使用ください）

部位：

※主訴が複数部位に渡る場合は、本日すべての部位を診察出来ない場合があります。後日改めて問診票の記入をお願いしますことがありますので、何卒ご了承ください。



③いつからの症状ですか？ケガの場合、受傷日はいつですか？

④原因は何ですか？

- 特になし 交通事故 労災事故 スポーツ
その他（ ）

※中学生以下のケガの方へ。原因は学校・幼稚園・保育所でのケガですか？

- いいえ 授業中 部活動 登下校 校外活動
はい（右から選んでください） その他（ ）
⇒

⑤今回の症状で他の医療機関を受診したことはありますか？

- いいえ はい →（病院, 医院名） ・ 接骨院

⑥現在治療中の病気はありますか？

- いいえ 高血圧 糖尿病 心臓病（狭心症や不整脈）
はい（右から選んでください） 脳梗塞 腎臓病 喘息 胃潰瘍
その他（ ）

⑦現在服用しているお薬はありますか？（※「薬の手帳」をお持ちの方は見せてください）

- いいえ
はい（右に記入してください）

⑧手術を受けたことはありますか？

- いいえ
はい（右に記入してください）

⑨薬や食べ物でアレルギー症状が出たことはありますか？

- いいえ 薬（ ）
はい（右に記入してください） 食べ物（ ）

⑩女性の方へ、現在妊娠している可能性はありますか？

- いいえ はい（およそ 月）

※順番が来たらお呼びします。待合室から離れる場合は受付に声を掛けてください