

問診票

(ふりがな)

お名前： _____ 職業： _____ スポーツ歴： _____
生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢： _____ 才 身長： _____ cm 体重： _____ kg

住所 〒 _____

症状のある部位に、○を付けて下さい

電話番号 _____

1. あてはまる症状に○をつけて下さい

痛み しびれ 腫れ 切った
ぶつけた その他 (_____)

2. (痛み、しびれ、等の場合) どんな時に感じますか？

(_____)

3. いつからですか？

_____ヶ月前から _____週間前から _____日前から
昨日から 本日から 平成_____年_____月頃から

4. 思い当たる原因はありますか？

(_____) ・ 交通事故 ・ 工作中

5. この症状に対して検査・治療を受けたことがありますか？

ない ある 病院名： _____ 治療内容： _____

6. 現在治療中、あるいは、かかったことのある病気やケガはありますか？

なし 高血圧 糖尿病 心疾患 不整脈 脳卒中 胃・十二指腸潰瘍
高脂血症 肝炎 肺結核 ぜんそく その他 (_____)

7. 手術を受けたことがありますか？

年 月 病名： _____ 病院名： _____
年 月 病名： _____ 病院名： _____

8. 体内に金属が入っていますか？ いいえ はい (_____)

9. 現在服用されている薬がありますか？

ない ある (_____) お薬手帳を提出してください

10. アレルギーはありますか？ (薬・食べ物・ゴム製品 等)

ない ある (_____)

11. 麻酔(歯科麻酔を含む)で気分を悪くしたことがありますか？ ない ある 経験がない

12. (女性の方へ) 現在妊娠中ですか？ いいえ はい(妊娠 _____週) わからない

13. (女性の方へ) 現在授乳中ですか？ いいえ はい

14. その他、特にお話ししておきたいことがございましたらご記入下さい。

(_____)

15. 本日ご希望の内容があれば○を付けて下さい。

レントゲン ・ 薬 ・ 湿布 ・ 骨そしょう症検査 ・ リハビリ ・ その他 (_____)

16. 当院の事を何でお知りになりましたか？

他院から紹介 ・ ホームページ ・ 家族から ・ 友人知人から ・ 野立て看板 ・
インターネット検索 ・ 通りかかって ・ その他 (_____)

