

問 診 票

年 月 日

介護保険を使用していますか？ はい いいえ

ふりがな		男・女	生年月日	大正・昭和・平成・令和		
氏名				年	月	日(歳)
自宅住所	〒 -	身長: cm		体重: kg		
自宅電話	()	携帯番号	()			

●今回の症状の原因はお仕事中的お怪我及び交通事故等によるものですか？ はい いいえ
「はい」とお答え頂いた方は、自賠か労災か印をつけてください。 自賠 労災

●この病院を受診したきっかけ(複数回答可)
他院紹介 当院医師かかりつけ 近所 バスアナウンス 看板 パンフレット
知人・家族のご紹介 ホームページ その他()

●マイナ保険証を持参していますか？ はい いいえ
 ※「はい」と答えた方は、マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ はい いいえ

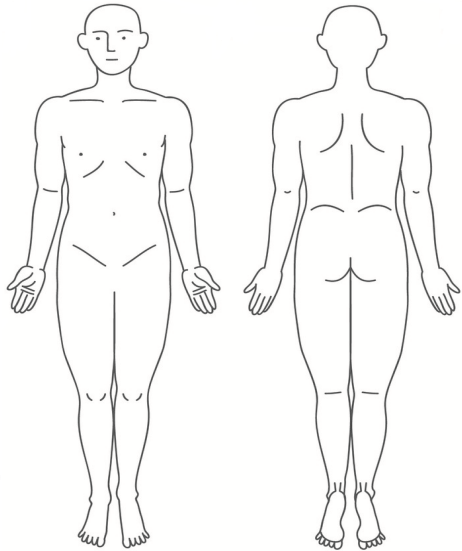
以下の質問にお答え下さい。(該当するものに√印をつけてください。)

①症状のある所に○印等で右図へ印をつけてください。
 また、その部位がどのような症状か下記に○印をつけてください。
 () にその部位を記入してください。

痛み しびれ

筋肉のコリ() 冷え() 熱い()

その他()



②それはいつ頃からですか？
 ()

③今までに手術を受けた事がありますか？
はい いいえ
 ※受けた事がある方はいつ頃、どの部位を手術されましたか。
 いつ頃() どの部位()

④下記で現在治療中の病気はありますか。(○を付けてください)
 喘息 糖尿病 高血圧症 心臓病 腎臓病 脳血管疾患 なし

⑤上記以外に今までにかかったことのある病気、現在治療中の病気、過去に行った手術はありますか。
はい いいえ
 ※「はい」と答えた方は詳細を記入してください。

⑥薬品、食品、金属等のアレルギーはありますか？
はい いいえ
 ※「はい」と答えた方 なにで()
 どのような症状()

⑦喫煙はしていますか？ はい (本/日) いいえ

⑧お酒は飲みますか？ はい (毎日・週 回 ml/日) いいえ

⑨現在妊娠中ですか？また、その可能性はありますか？ ある ない

⑩現在授乳中ですか？ はい いいえ

⑪本日希望される診療内容を選んでください。
レントゲン撮りたい 薬が欲しい リハビリをしたい その他()

ご記入ありがとうございました。