

# 問診票

来院日 年 月 日 ( : ) ID

|      |                |     |     |
|------|----------------|-----|-----|
| フリガナ |                | 連絡先 |     |
| お名前  |                | TEL |     |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成 年 月 日 | 勤務先 |     |
|      |                | 学校名 | TEL |
| ご住所  | 〒              |     |     |

●症状をお書きください

●いつ頃からですか

●症状けがなどはどのような状況でおきましたか

●今までに次の疾患や大きな病気で治療を受けたことがありますか  
心疾患・糖尿病・高血圧・受けたことがない・その他 ( )

●今までに手術を受けたことがありますか 整形外科以外でもお書きください  
・ある ( ) ・ない

●現在服用中のお薬はありますか  
・薬品または病名 ( ) ・のんでいない

●かかりつけの薬局はありますか  
・ある (薬局名 ) ・ない

●注射・薬でアレルギー等がおきたことはありますか  
・ある ( ) ・ない

●女性の方にお尋ねします。現在妊娠中(妊娠の可能性ある)または授乳中ですか  
・はい ・いいえ

●来院のきっかけをお選びください  
・家の近所・会社、学校の近所・知人の紹介 ( ) ・他医の紹介 ( )  
・専門医のため・インターネット・その他 ( )

●交通事故で受診される方にお尋ねします 警察に提出する診断書は必要ですか  
・要 ・不要

●その他何かありましたらご記入ください

診察希望の部位に印を付けてください

