

# 問診票

フリガナ

記入日：平成 年 月 日

お名前： \_\_\_\_\_ 身長： \_\_\_\_\_ cm 体重： \_\_\_\_\_ kg

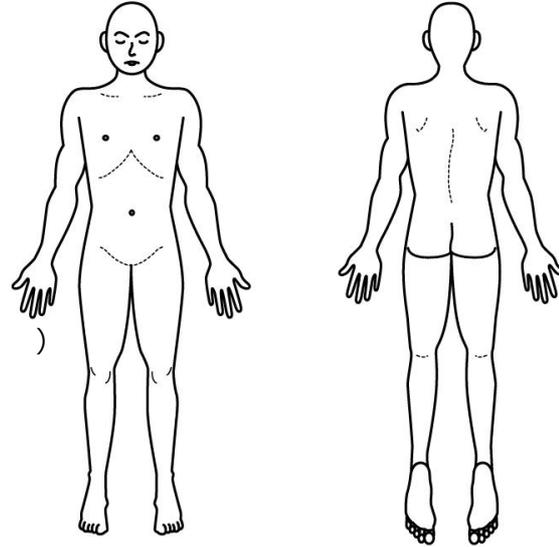
ご年齢： \_\_\_\_\_ 歳 職業： \_\_\_\_\_

1、具合の悪い・痛みのある所はどこですか？

右の図に○（最も具合の悪い部位に◎）をつけてください。

2、どのような症状ですか？(当てはまるものに○をつけて下さい)

痛み ・ しびれ ・ 重苦しい ・ こわばる ・ 動きが悪い  
腫れている ・ 変形している ・ 出血している ・ しこり  
その他具体的に ( \_\_\_\_\_ )



3、いつごろからですか？(できるだけ具体的にお書きください)

① 年 月 日頃より ② 年 月 日頃より

4、思い当たる原因はありますか？(当てはまるものに○をつけて下さい)

なし ・ けが ・ スポーツ ( \_\_\_\_\_ ) ・ 交通事故 ・ 仕事 (労災保険申請予定 ・ 申請予定なし)  
その他具体的にお書きください ( \_\_\_\_\_ )

5、今回の症状で他の医療機関を受診しましたか？

受診していない ・ 受診した ( 他の病院・医院 (病院名や治療内容： \_\_\_\_\_ ) )

6、これまでに手術を受けたことはありますか？

いいえ ・ はい (時期： \_\_\_\_\_ 手術の部位： \_\_\_\_\_ 病院名： \_\_\_\_\_ )

7、現在治療中の病気、飲んでいる薬はありますか？(お薬手帳があれば薬名の記入は不要です)

なし ・ あり ( 骨粗鬆症・糖尿病・高血圧・不整脈・狭心症・心筋梗塞・脳梗塞・肝障害・腎障害  
喘息・胃潰瘍・感染症・リウマチ・その他( \_\_\_\_\_ ) )  
(薬名： \_\_\_\_\_ )

8、薬や食べ物のアレルギーはありますか？

なし ・ あり ( 薬： \_\_\_\_\_ 食物： \_\_\_\_\_ その他： \_\_\_\_\_ )

9、当院を何で知りましたか？

家族・知人・医師・病院( \_\_\_\_\_ )からの紹介 ・ 広告 ・ ホームページ ・ その他( \_\_\_\_\_ )

☆女性の方にうかがいます。

現在、妊娠していますか？ ( はい ・ いいえ ・ 可能性がある )

授乳中ですか？ ( はい ・ いいえ )

骨密度を測ったことがありますか？ ( はい ・ いいえ )

ご協力ありがとうございました。