

問 診 票

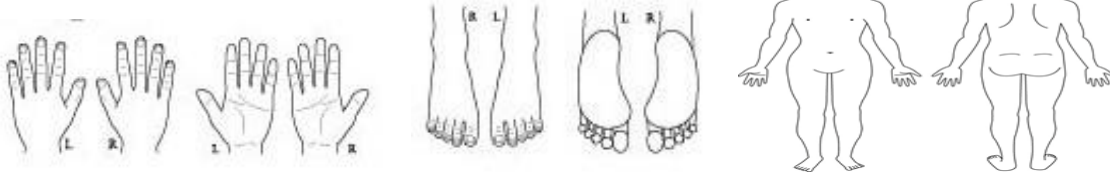
受診日：令和 年 月 日

フリガナ _____

氏 名 _____ 男・女 _____ 歳 職業 _____

身 長 _____ cm 体 重 _____ kg

症状のある部位に○をつけてください。



1. 本日はどのような症状でご来院されましたか？
痛み・しびれ・腫れ・動きにくい・その他 ()
その症状はいつ頃からですか (月 日～ または、 前～)
2. 原因に心当たりはありますか？
転倒・スポーツ・交通事故・工作中・通勤時・特になし・その他 ()
★工作中や通勤時の場合は労災、交通事故の場合は自賠責保険となりますので、
受付へお声かけください。
3. 今までにかかったことのある病気や、現在治療中の病気はありますか？
高血圧・糖尿病・喘息・心臓病・腎臓病・脳梗塞・胃潰瘍・リウマチ・
その他 ()
4. 現在服用されている薬があればお書きください。
薬剤名 ()
5. 薬や食べ物のアレルギーはありますか？ いいえ・はい
薬剤名・食品名 ()、症状 ()
6. 飲酒・喫煙に関して
飲酒 ・飲まない ・飲む (杯/日 種類：)・機会飲酒くらい
喫煙 ・吸わない ・吸う (本/日、 年間)
7. 妊娠の可能性はありますか？または授乳中ですか？ 妊娠・授乳中・いいえ
8. 手術などで体内に金属類は入っていますか？ いいえ・はい (部位：)
9. 介護保険を区へ申請中、または申請したことがありますか？ いいえ・はい
10. 介護サービスを現在利用していますか？ いいえ・はい
11. 当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。
マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますか？ はい ・ いいえ