

問 診 票

年 月 日

※工作中的のケガ（労災）や事故（自賠償）の際は、受付にお申し付けください※

| | | | | | |
|-------------|----------------------------|-----|-------|-------|---|
| フリガナ 氏 名 | | 男・女 | 大・昭・平 | 年 月 日 | 才 |
| 住 所 | 〒 | | | | |
| 電話番号 | | 職 業 | | | |
| 来院のきっかけ | 以前来院あり・ホームページ・近所・紹介・その他（ ） | | | | |

①いつ頃からどのような症状でお困りですか？

・いつ頃 年 月 日から

・症状 []

②症状に原因はありますか？

運動 仕事 原因不明 事故

その他（ ）

③この症状で、現在あるいは過去に治療を受けていますか？

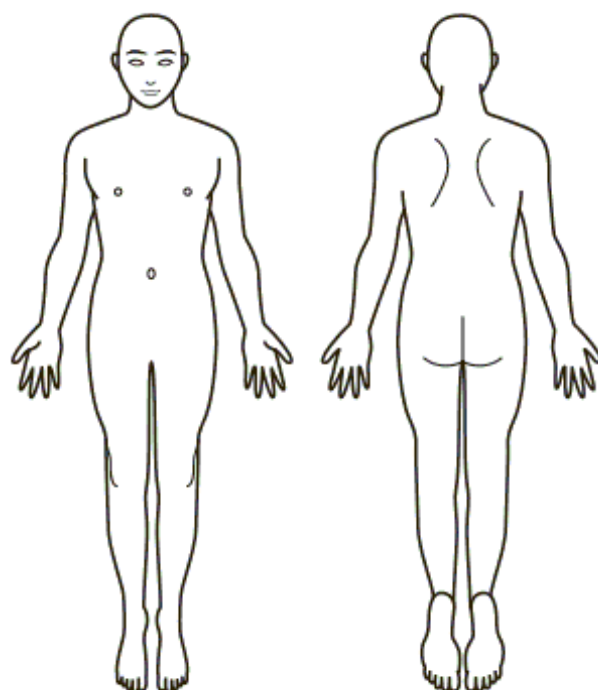
（ はい ・ いいえ ）

「はい」の方…

病 名 []

病院名 []

治療法 []



④今までにかかった病気を○で囲んで下さい。

リウマチ 肝臓病 痛風 心臓病（ペースメーカー） 腎臓病 肝炎
糖尿病 胃潰瘍 喘息 その他 []

⑤現在、他の科にかかっていますか？

（ はい ・ いいえ ）

「はい」の方… （ ）科 病名（ ）

⑥現在、何か薬を飲んでいますか？

（ はい ・ いいえ ）

「はい」の方… わかれば薬の名前 []

お薬手帳をお持ちでしたら受付にお出してください。

⑦今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？

（ はい ・ いいえ ）

「はい」の方… わかれば薬・食べ物の名前 []

⑧女性の方へ

現在妊娠されていますか？（ はい ・ いいえ ）