

問 診 票

ID

令和 8 年 月 日

ふりがな		男 女	年齢 歳	生年月日	
お名前				昭・平・令	年
ご住所	〒 -			電話	- -
				携帯	- -
お仕事	事務 営業 力仕事 立ち仕事 手の作業 主婦 学生 無職 その他 ()				
スポーツ歴	野球 サッカー テニス ゴルフ バスケット バレー バドミントン 卓球 陸上 その他 ()				
				身長	c m 体重 k g

1) どのような症状で来院されましたか？

- (ア) 痛い (イ) しびれる (ウ) 腫れている
(エ) 動きが悪い (オ) 傷がある
(カ) その他 ()

2) 具合の悪いところに○しるしをつけてください



3) その症状がでたのはいつ頃からですか？

(年 月 日から)

4) 原因と思われることはありますか？

()

5) 今回の症状に関して治療を受けたことがありますか？

- ・ はい → (病院名)
- ・ いいえ

6) 現在治療中、または今までかかったことのある病気を

○でかこんでください

- ・ 特になし ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ ぜんそく ・ 胃潰瘍
- ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 肝臓病 ・ 脳こうそく ・ 痛風
- ・ その他 ()

7) くすりのアレルギーはありますか？

- ・ はい → (くすりの名前)
- ・ いいえ

8) 女性の方へ

妊娠の可能性はありますか？

現在授乳中ですか？

- ・ はい ・ いいえ
- ・ はい ・ いいえ

9) 受けたい検査・治療などがありますか？

- ・ レントゲン ・ 血液検査 ・ リウマチ検査 ・ 骨粗鬆症検査
- ・ くすり ・ 注射 ・ リハビリ
- ・ 総合病院への紹介状 (診察・CT・MRI) ・ 診断書 ・ その他 ()

