

問診票

(受診日)平成 年 月 日

御氏名	殿 (男・女)		明・大・昭・平	年	月	日	才
ご住所	〒		TEL	()	-		
			携帯				
			メール	@			
職業	身長	cm	体重	kg	体温	°C	

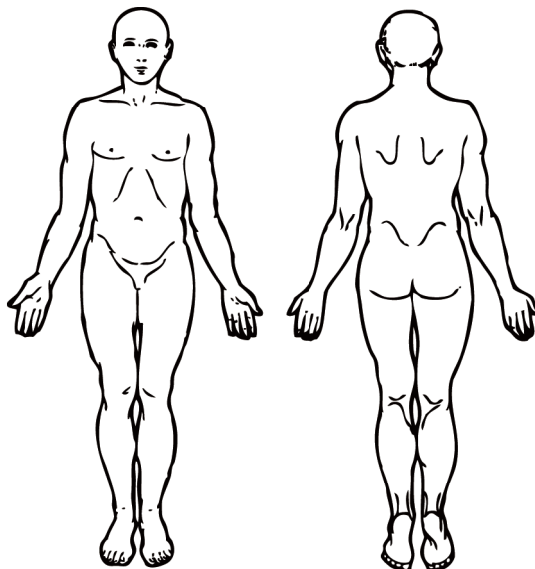
↓ 痛み・具合の悪い部位に○をつけてください。

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか。

- ・いつ頃からですか。(年 月 日から)
- ・症状

・原因は何ですか。○をつけてください。

- | | |
|------------|------------|
| 1) 交通事故 | 4) ストレス() |
| 2) スポーツ外傷 | 5) 特に原因なし |
| 3) 工作中的の事故 | 6) その他() |



2. 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・医院名 ()
 治療法 ()

また、その治療でどのような変化がありましたか。
 (よくなった・悪くなった・変わらない・その他【 】)

3. 今までにかかった病気を○で囲んで下さい。また、それはいつ頃ですか？

リウマチ 痛風 腎臓病 胃潰瘍 その他	肝臓病 心臓病 糖尿病 喘息 虫垂炎	高血圧 貧血	かかった時期:
---------------------------------	--------------------------------	-----------	---------

4. 現在、他の科にかかっていますか。 (はい・いいえ)

「はい」の方・・・当院で()科 病名()
 他院で()科 病名()

5. 現在、何か薬を飲んでいますか。 (はい・いいえ)

「はい」の方・・・薬の名前()

6. 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()

7. 女性の方のみお答えください。

妊娠中ですか (はい【 】ヵ月・いいえ) 授乳中ですか (はい・いいえ)

月経(順調・不順) 最終月経(月 日～ 月 日) 閉経(才)

ご協力ありがとうございました。