



問診表

初診・再初診・再診

社保 社保家 国保 後期 生保 自費 事故 労災 子供公費

令和 年 月 日

| | | | | | | | | | | | | |
|-------|---|------|--|--|------|------------|--|----|----|-------------|--|----|
| I D | | フリガナ | | | 男・女 | 大・昭 平・令 | | | | 年 月 日生 (歳) | | |
| | | 氏名 | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | 携帯番号 | — | | — | | | | |
| | | | | | 電話番号 | — | | — | | | | |
| 職業・学校 | | | | | 身長 | | | cm | 体重 | | | kg |

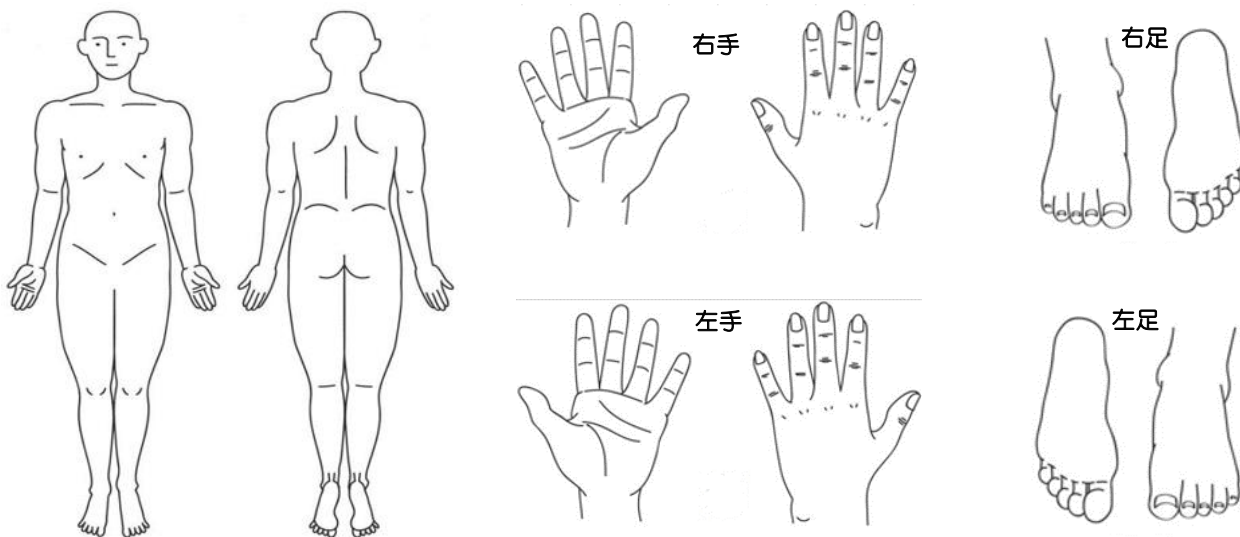
1 本日はどのような症状で来院されましたか。 痛い しびれる 腫れている 力が入らない

具体的に⇒ _____

(痛み方・しびれ方：ジンジン・ビリビリ・ズンズン・ズキズキ等)

2 症状のある部位に○×をつけてください（複数ある場合は症状の強い順に1.2・・・と番号をつけてください）

痛い箇所 ○ しびれる箇所 ×



3 症状はいつごろからありますか 今日 ()日前から ()か月前から ()年前から

4 その症状が出るのに、思い当たる原因がありますか。 (けが・お仕事・スポーツ・交通事故・労災)

具体的に⇒ _____

5 どのような時に症状がありますか。

具体的に⇒ _____

6 今の症状が原因で仕事や普段の生活に支障がありますか。 ある ない

具体的に⇒ _____

7 他の医療機関でその症状の治療を受診しましたか。 ある ない

時期⇒ 年 月 日 医療機関⇒ 治療内容⇒

8 今までに大きな病気をしたり、手術を受けたりしたことがありますか。 ある ない

時期⇒ 年 月 日 病名⇒ 手術内容⇒

9 現在、以下で治療中の病気もしくは今までにかかった病気がありますか。 ある ない

糖尿病 脳梗塞 心臓病(ペースメーカー：有 無) 高血圧 高脂血症 肝臓病 腎臓病
骨粗しょう症 関節リウマチ 痛風 喘息 胃潰瘍 その他 ()

10 現在、服用している薬がありますか。お薬手帳を受付にご提出ください。 ある ない

薬剤名 _____

11 薬や注射で副作用が出たことがありますか。 はい いいえ

具体的な症状⇒ 薬剤名⇒

12 【40歳以上の方へ】介護保険の申請をして認定をうけていますか。 はい いいえ

要介護・要支援 () 利用施設 () ケアマネジャー ()

13 【女性の方へ】現在、妊娠中、妊娠の可能性ある、または授乳中ですか。 はい いいえ

14 当院にお越しいただいた理由をお聞かせください。

近所 インターネット(ホームページ・口コミ) 紹介(家族・知人・職場・他医療機関) _____様 その他