

診察問診票

ID:

記入日: 年 月 日

フリガナ		男・女	大・昭	年 月 日 生
名前			平・令	
住所	〒		電話 (携帯)	
			(自宅)	

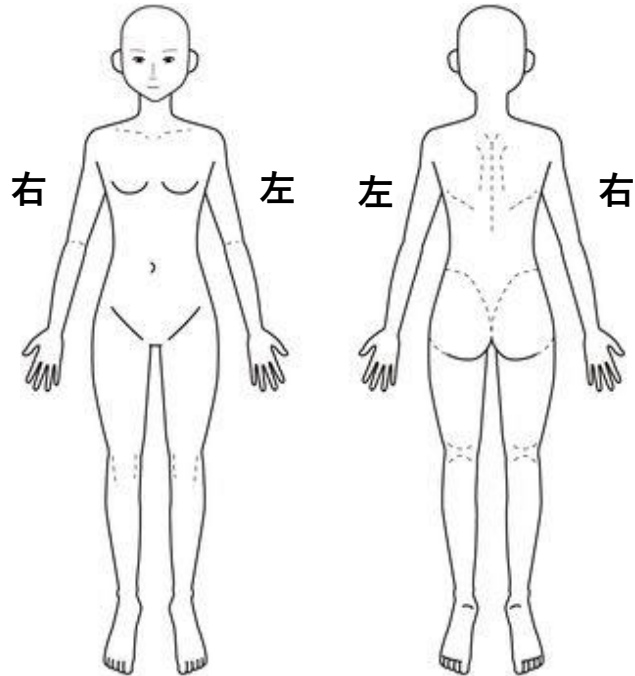
①診察してほしいところはどこですか。(部位の記入または、下図に○をつけてください)

前

後

②どのような症状がありますか？

いたい・しびれる・はれている・動きが悪い
熱をもっている・傷がある
その他()



③いつからですか？

()月()日 から
()日前から ()か月前から

④思い当たる原因はありますか？

ない
ある⇒転んだ・ぶつけた・ひねった・はさんだ
交通事故・仕事中・スポーツ()
その他()

⑤今回の症状で他院を受診されましたか？

ない ある(病院名)

⑥過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？(ない・ある)

才

病院名

才

病院名

⑦現在、下記の病気で治療を受けていますか？

高血圧 心臓病 糖尿病 腎臓病 肝臓病 脳疾患 肺疾患 リウマチ 喘息
その他()

⑧現在、処方されている薬がありますか。(ない・ある)

お薬手帳、お薬の一覧表をお持ちでしたらお見せください。
手帳のない方は、薬の名前をご記入ください。
()

⑨お薬や食べ物でアレルギーのある方は具体的にご記入ください。

()

⑩現在、妊娠中(妊娠している可能性がある)または、授乳中ですか。

(いいえ・はい 妊娠週数 週)

⑪小児の患者様(15歳以下)は、体重を教えてください。()kg

*マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか。(はい・いいえ)

