診 察 問 診 票

ID:

記入日:　　年　　月　　日

フリガナ		男・女	大・昭 平・令	年　月　日 生 （　歳）
名前				
住所	〒	ご本人の連絡先	－　－	
		緊急時に連絡が取れる方	－　－　（　）	

※女性の方にお聞きします。現在、妊娠中(可能性含む)ですか。　□いいえ・□はい　妊娠　　週

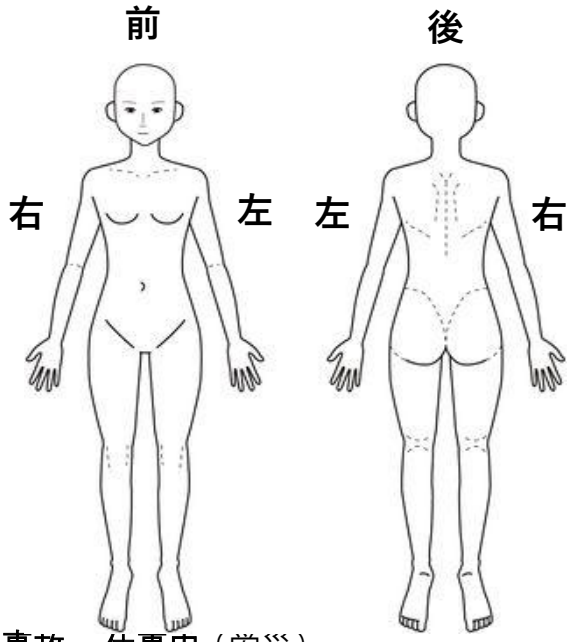
授乳中ですか。　□いいえ・□はい

※お薬や食べ物でアレルギーはありますか。 □ない・□ある

具体的な症状をご記入ください。(　　)

①今回診察してほしい場所はどこですか

右の絵に〇を付けてください



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思いあ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（労災）

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　　) 診療情報提供書　□ある □ない

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）

ある方は、お薬手帳をお出しください(コピーをとります)

手帳のない方は、薬の名前をご記入ください。

(　　)

⑨小児の患者様(15歳以下)は、体重を教えて下さい。(　　)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 ）

草加松原整形外科医院　2026.4改訂