

# 問診票

フリガナ 氏名		男・女	生年月日 大・昭・平・令 年 月 日( 歳)
住所	〒 -	職業※差し支えなければお答えください 座り仕事・立ち仕事・力仕事・主婦・学生・無職 その他( )	
電話番号	身長:            cm    体重(小児のみ):            kg		

**1. 本日の症状についてお聞きします。**

- 右の図の症状があるところに○をつけて下さい。
- いつ頃からですか？

( )

- どのような症状ですか？

痛い しびれる 動きにくい 腫れている 傷がある

( )

- 原因は何ですか？○をつけて下さい。

交通事故 ・学校でのケガ ・工作中的のケガ ・通勤中のケガ ・特に原因なし

その他( )

**2. 今回の症状で、現在あるいは過去に、病院・接骨院・整骨院などで**

**治療を受けた事がありますか。** ( はい ・ いいえ )

・「はい」の方…医療機関名と時期( )

・紹介状をお持ちですか？ ( はい ・ いいえ )

**3. これまでにかかった病気、または現在治療中の病気に○をつけて下さい。**

高血圧 糖尿病 喘息 胃潰瘍 心臓病 腎臓病 肝臓病 リウマチ 痛風 脳梗塞/脳卒中

前立腺肥大 がん/潰瘍 甲状腺の病気 緑内障 心療内科疾患(うつ、不安神経症など

その他( ) 医療機関名( )

**4. 現在、何かお薬をのんでいますか？** ( はい ・ いいえ )

「はい」の方…お薬手帳をご用意下さい。お持ちでない方(お薬の名前 )

**5. 今までのお薬や食べ物でアレルギーを起こした事がありますか。** ( はい ・ いいえ )

「はい」の方…お薬・食べ物の名前( )

**6. 骨密度検査は希望しますか？** ( はい ・ いいえ )

**7. 女性の方にお尋ねします。**

- 妊娠中ですか？( はい 【    】週 ・ いいえ )
- 授乳中ですか？( はい ・ いいえ )

**8. マイナンバーカードによる診療情報取得に同意されますか？** ( はい ・ いいえ )

「いいえ」の方…この1年間に健診(特定健診・高齢者健診)を受けられましたか？ ( はい ・ いいえ )

**9. 当院へは何を見て来院されましたか。○をつけて下さい。**

知人の紹介 通りがかり ホームページ 広告 駅の広告

その他( )

ご協力ありがとうございました。診察までしばらくお待ちください。

