

年 月 日 問 診 票

(ふりがな)  
お名前

( 歳) 男・女

生年月日 大正・昭和 年 月 日 電話番号  
平成・令和

(ふりがな)  
ご住所

あてはまる口に☑してください。

- 1. 紹介状はお持ちですか。 ある ない
- 2. 症状を☑してください。  
かゆい しびれている 痔 痛い  
やけど 発疹ブツブツでてる  
ハチに刺された 腫れてる  
熱がある ( )℃  
息苦しい 切った ひねった  
その他 ( )  
いつからですか?

3. 症状が出たきっかけ・原因はなんですか?

- 交通事故 原因がわからない
- 仕事中 ケガをした場所: \_\_\_\_\_

※仕事中は労災保険扱いとなります。  
 国保・社保の保険での診察は出来ません。  
 診察後の保険変更も一切出来ません。

- その他
- 今回の症状で他の医療機関を受診されましたか?  
いいえ はい 病院名: \_\_\_\_\_

4. 現在治療を受けている方は病院名・病名・お薬名をお書きください。

- 高血圧 糖尿病 心臓病 脳梗塞 腎臓病 喘息 胃潰瘍
- その他 ( ) 治療中の病気はない
- お薬名 (お薬手帳をお持ちの方はお出しください。)

5. これまでに飲んだお薬や治療で副作用を経験した方はお書きください。

- ない ある (お薬名・症状)

6. 薬や食べ物でアレルギーはありますか?

- ない ある (お薬名・食べ物名をお書きください。)

7. 今までにケガや病気で手術を受けた事がありますか?

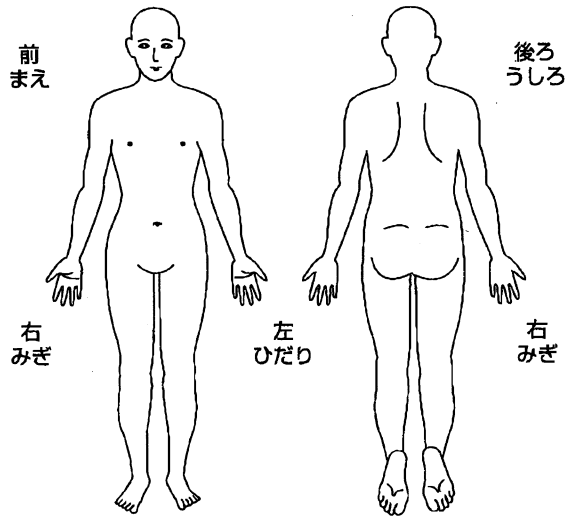
- ない ある (病名) 骨折をして金属が入っている 心臓にステントやペースメーカーが入っている

※女性の方のみお答えください。

8. 現在妊娠中ですか? はい いいえ 授乳中 はい いいえ

9. その他何かありましたらご記入ください。

見てほしいところはどこですか?  
絵にしるしを付けてください。



運動中  
種目: \_\_\_\_\_