

# 問 診 票

年 月 日

フリガナ

氏名

生年月日 大/昭/平/令

年

月

日

〒

住所

自宅電話

携帯電話

体温

℃

身長

cm

体重

kg

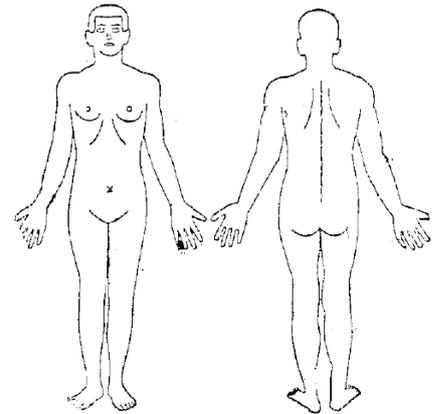
① 今日はどうされましたか ※必ずご記入ください

② いつからどのような症状（状態）ですか

右の絵に○印をつけて下さい

③ どのようなきっかけで起こりましたか

転倒 交通事故 労災事故 スポーツ  
その他 ( )



④ この症状で他の医療機関を受診されましたか

はい ( )  
いいえ

⑤ 現在治療中または今までにかかった病気はありますか

はい ( )  
いいえ

⑥ 何かお薬を飲まれていますか ※お薬手帳がある方はお出しください

はい ( )  
いいえ

⑦ 手術を受けたことがありますか

はい ( )  
いいえ

⑧ アレルギーはありますか

はい ( )  
いいえ

⑨ 介護サービスを利用されていますか はい ・ いいえ

⑩ 飲酒・喫煙はされますか

飲酒 ( 本/ 日・週 ) 喫煙 ( 本/ 日・週 )  
いいえ

⑪ 女性の方にお聞きします

現在妊娠の可能性はありますか はい ( 週目 ) ・ いいえ

授乳中ですか はい ・ いいえ

\*この資料は院内のみで使用します。