

問診表

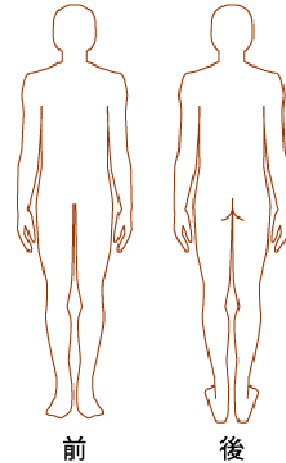
フリガナ		性別	男・女	職業	生年	明・大・昭・平
お名前		年齢	歳		年月日	年 月 日
ご住所	〒				自宅	() -
					携帯	() -

1) 本日はどのような事で、来院されましたか？
(例：腰が痛くてきました。)

下図に○をつけて下さい

2) 1) についてお聞きします。
○いつ頃からですか？ (例：1週間前から)

○思い当たる原因はありますか？
(例：重いものを持ってから痛くなった。)



○今回の事で、他の病院で診察・治療を受けましたか？
はい (病院 治療内容) ・ いいえ

3) 薬のアレルギーはありますか？
はい () ・ いいえ

4) 現在、他の病気で薬を飲んでいますか？
はい (高血圧 心臓 胃 肝臓 リウマチ 糖尿病 その他 ()) ・ いいえ

5) 今まで大きな病気、また手術をしたことがありますか？
はい () ・ いいえ

6) 健康診断で異常を指摘されたことがありますか？
はい () ・ いいえ

7) 投薬・シップを希望されますか？
はい () ・ いいえ

8) 女性の方に質問します。 現在、妊娠の可能性はありますか？
はい (ヶ月) ・ いいえ ・ わからない ・ 授乳中

9) 現在どんなスポーツをやっていますか？それは毎日ですか？週何回ですか？
学校名、所属しているチーム名などの記入もお願いします。

スポーツ名 () ほぼ毎日 ・ 週 () 回

学校名 () 小・中・高・大・専

チーム名 ()

10) その他、ご意見ご要望がありましたらご記入ください。

ご協力ありがとうございました。