

問診票

年 月 日

お名前	身長	cm	体重	kg
	職業			

1. 本日は紹介状や画像をお持ちですか？ いいえ ・ はい

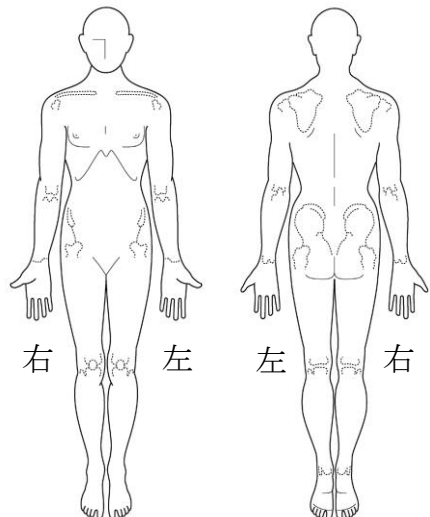
2. 何科をご希望ですか？
受診を希望される科に○を付けてください。

整形外科 一般内科 循環器内科
消化器内科 神経内科 形成外科
その他 ()

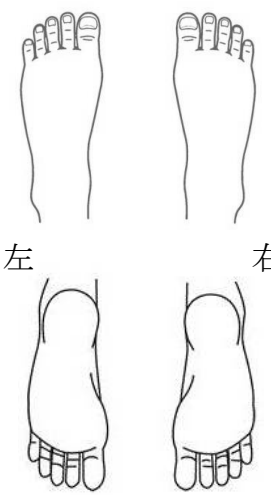
3. どのような症状ですか？

痛み しびれ 腫れ ケガ 出血 発熱()℃
その他 ()

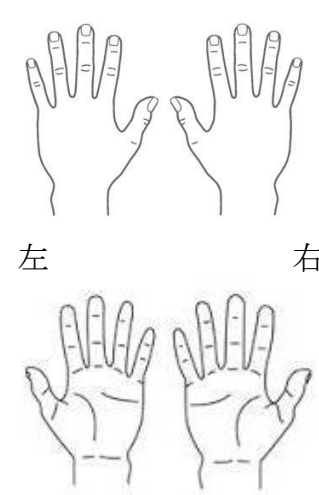
4. 調子の悪いところはどこですか 図の中に○をつけてください



右 左 左 右



左 右



左 右

5. いつ頃からですか？ () 頃から

6. 思い当たる原因がありますか？
いいえ ・ はい ()

7. 今日までに治療を要した
病気やケガはありますか？

特になし 喘息 心臓病 肝臓病 糖尿病 腎臓病
その他 ()

8. 現在飲んでるお薬はありますか？
いいえ ・ はい (薬剤名)

9. お薬手帳はお持ちですか？
いいえ ・ はい
☆本日お持ちでしたら受付にお出し下さい。

10. 薬等のアレルギーはありますか？
いいえ ・ はい ()

11. 女性の方に伺います。

現在妊娠中又は妊娠の可能性はありますか？
いいえ ・ はい
授乳中ですか？
いいえ ・ はい