

ID: \_\_\_\_\_

記入年月日

年 月 日  
(受付時間 : )

## 診療申込・問診票

ふりがな		生	大正				
氏名	男・女	年	昭和				
		月	平成	年	月	日	(才)
職業:		日	身長	cm	体重	kg	
			体温	℃			
住所	〒	電話					

本日いつごろからどのような症状お困りですか?  
いつ頃からですか?

どのような症状ですか?

痛い しびれる はれている 傷がある  
その他 \_\_\_\_\_

どちらの部位ですか?

\_\_\_\_\_ \*右図に○を付けてください

症状のきっかけ、原因はありますか?

今回の症状で他の医療機関で治療されていますか?

いいえ はい (治療内容: \_\_\_\_\_)

現在治療中の病気はありますか?

いいえ はい → 癌 心臓病 高血圧  
糖尿病 脳梗塞 胃潰瘍 腎疾患  
その他: \_\_\_\_\_

現在お体に以下のものはありますか?

なし あり → 人工関節・ペースメーカー・  
ステント・入れ墨・その他金属など (\_\_\_\_\_)

現在お薬を飲んでいますか?

いいえ はい → (\_\_\_\_\_)

今までにけがや病気で手術を受けられたことはありますか?

いいえ はい いつ (\_\_\_\_\_)

今までくすりや食べ物に対するアレルギーがありましたか?

なし あり → くすりや食べ物の種類 (\_\_\_\_\_)

女性の方のみお書きください

現在妊娠していますか? はい いいえ 現在授乳中ですか? はい いいえ

当院をどうしてお知りになりましたか?

知人からの紹介 広告 インターネット その他 (\_\_\_\_\_)

