

問診表

平成 年 月 日

フリガナ 氏名	身長 cm / 体重 kg よく行うスポーツ()
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日(才)	
現住所	TEL
勤務先名	所在地 TEL 職種()

1. どうなさいましたか？ 症状をできるだけ詳しくご記入ください。

※[交通事故 ・ 仕事中 ・ 通勤途中]のケガの場合はお申し出下さい。

《症状のある場所に印をつけてください》

○ 痛み △ しびれ × その他

右 左 左 右

いつ頃から

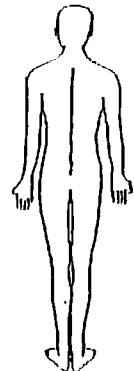
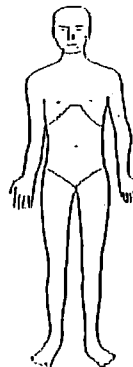
原因はありますか？

[]

どのような時にどんな症状がでますか？

(例)しゃがんだ時に右膝が痛む。

[]



2. 今回の症状または以前に同じような症状で他の病院にかかったことはありますか？

ない・ある []

3. 現在治療中の病気や服用中の薬はありますか？

ない・ある []

4. 過去に大きな病気や手術をしたことはありますか？

ない・ある []

5. 薬、食物などのアレルギーはありますか？

ない・ある []

☆ 妊娠の可能性がある方、妊娠中もしくは授乳中の方はお申し出下さい。

☆ 診療、治療に対するご希望があればお書き下さい。 []

《参考までにお答えください》

・当院を何で知りましたか？ 下記の中から○を付けてください。

1. 広告 [駅 ・ 電柱 ・ 看板]
2. インターネット・電話帳
3. 他院 [] からの紹介
4. 知人 [] からの紹介
5. 会社 (医務室などを含む)からの紹介
6. その他 []