

問診票

交通事故・労災・第三者行為で受診の方はお申し出下さい

記入日 令和 年 月 日

ふりがな		男	生年月日 (大正・昭和・平成・令和)		
お名前		女	年 月 日 (歳)		
ご住所	〒				
自宅電話		携帯電話		緊急時電話	(続柄)
身長	cm	体重	kg	職業	

どのような症状ですか？	<input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> はれ <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> しこり <input type="checkbox"/> 歩行困難 <input type="checkbox"/> その他 ()	症状がある部位を示して下さい
いつからですか？	<input type="checkbox"/> 本日 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> 年 月 日頃	
思い当たる原因がありますか？	<input type="checkbox"/> 怪我：ぶつけた・ひねった 場所 () <input type="checkbox"/> 原因不明 <input type="checkbox"/> その他	
この症状で他院を受診した事がありますか？	<input type="checkbox"/> 受診していない <input type="checkbox"/> 以前受診した <input type="checkbox"/> 今も受診している 病院・診療所名 ()	
現在治療中の病気を選んでください	現在治療中ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の方↓ <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 逆流性食道炎 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 心臓病 (不整脈・狭心症など) <input type="checkbox"/> 脳梗塞・脳卒中 (麻痺あり・なし) <input type="checkbox"/> アレルギー性疾患 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> その他 病院名 ()	
内服中の薬はありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
薬などのアレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> はい 薬の種類 () <input type="checkbox"/> いいえ	
身体の中にペースメーカー、プレートなどの金属が入っていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
タバコは吸いますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	お酒をのみますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
介護保険の認定は受けていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	現在妊娠・授乳中ですか？ (女性の方のみ) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
手術を受けたことはありますか？	年 月 日 病名・病院 () <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 年 月 日 病名・病院 () 年 月 日 病名・病院 ()	
当院を受診したきっかけはなんですか？	<input type="checkbox"/> ご家族の紹介 <input type="checkbox"/> ご友人のご紹介 (様) <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 検索サイト <input type="checkbox"/> 当院の看板 <input type="checkbox"/> その他	

ご記入ありがとうございました。