問診票

フリガナ		男・女	生年月日	年齢
氏名			西暦　　年　　月　　日	才
住所	〒　　－			

身長	体重	ご職業	つながりやすい電話番号
cm	kg		（　　）　　－

どのような症状ですか？

痛み　　しびれ　　腫れ　　変形

その他（　　）

その症状はいつ頃からありますか？（　　）から

きっかけや原因は何ですか？

●仕事中・通勤中のけが（受傷日　　月　　日）

●交通事故（受傷日　　月　　日）

※労災・交通事故に健康保険は使えません

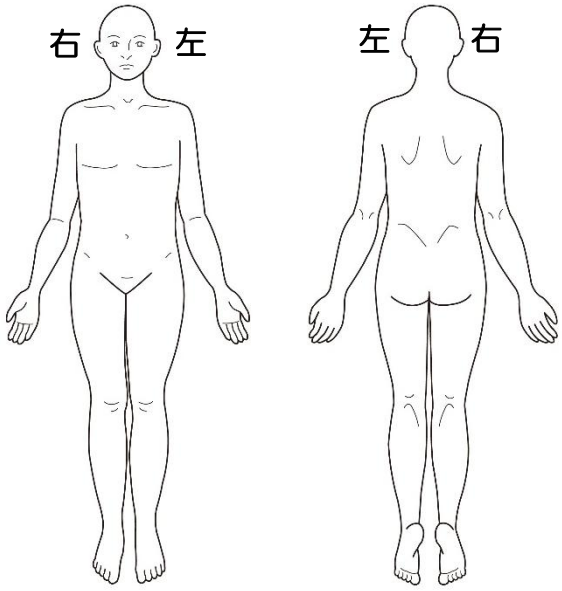
○園・学校でのけが（登下校含む）

○スポーツでのけが（種類：　　）

○不明

○その他（　　）

症状のある部位に○をつけてください



今回の症状で他院を受診されましたか？

いいえ　　はい→　紹介状あり　　紹介状なし

現在治療中または今までにかかった病気はありますか？

いいえ　　はい→　高血圧　　糖尿病　　心臓病　　胃かいよう　　ぜんそく

肝臓病　　腎臓病　　その他（　　）

過去に手術を受けたことがありますか？

いいえ　　はい→病名：　　いつ頃：

体内に金属が入っていますか？

いいえ　　はい→部位：

レントゲン撮影について

希望　　相談　　わからない

現在服用中のお薬はありますか？

いいえ　　はい→（　　）※受付にお薬手帳などをご提示でも可

アレルギーはありますか？

いいえ　　はい→（　　）

女性の方へ

妊娠中または可能性あり　　授乳中　　どちらでもない