

問診表

ふりがな		男 ・ 女	生年月日	明治・大正・昭和・平成	
お名前				年	月
現住所	〒		電話		
勤務先	名称		携帯電話		
	住所		会社電話		

1. 今日はどうなさいましたか？

必ず記入

1. 痛いところ(部位) _____

2. いつ頃から _____ 月 日頃より

3. 原因(例 ~で捻った) _____

(交通事故の方、警察宛の診断書 必要 不必要 不明)

2. 上記の事で、他の病院で受診されたことがありますか？ ある・ない

病院名 _____ (処方された薬 _____)

傷病名 _____

3. 今まで、大きな病気や手術をしたことがありますか？ ある・ない
(ある方は病名を記入下さい)

4. 現在、治療中の病気はありますか？ ある ない

病院名 _____ (薬 _____) お薬手帳を持参している・ない

病名 _____

5. 今までに薬や食べ物で、アレルギーや副作用を経験したことがありますか。 ある ない
薬品名、食品名 _____

6. 歯科等で麻酔をした事がありますか？ ある ない
(あると答えた方) 打った際、異常はありませんでしたか？ あった ない

7. アルコール類(お酒)を摂取しますか？ 飲む(本/日) 飲まない

8. タバコを吸いますか？ 吸う(本/日) 吸わない

9. 女性の方、現在妊娠していますか？ はい(ヶ月) いいえ
授乳中ですか？ はい いいえ

10. 領収書以外に明細書は必要ですか？ はい いいえ

11. その他、相談したいこと、希望する検査などがありましたら、ご自由にお書きください。

..... 記入日

..... 年 月 日