

問診表

カルテ No.

記入年月日 平成 年 月 日

フリガナ				身長:	cm
氏名	様	男・女		体重:	kg
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生	才
住所	〒 -				
電話	自宅	()	-	携帯	-

★ 診療上大切なことです。わかる範囲で記入してください。

1) 今日はどのような症状で受診されましたか？

2) その症状はいつ頃から始まりましたか？

3) そうなった原因はありますか？

【お怪我の方】

- ・お工作中的の怪我ですか。 (はい・いいえ)
- ・交通事故での怪我ですか。 (はい・いいえ)

(いつ 年 月 日)

症状のある部位に○印をつけてください

4) 現在治療中の病気はありますか？
ない ある → 高血圧 糖尿病 喘息 心臓病 肝臓病 腎臓病
脳梗塞 その他 ()

5) 今までにかかった病気や手術を受けられたことはありますか？
ない ある → 病気や手術名… ()

6) 現在服用している薬はありますか？ *お薬手帳をお持ちの方は受付へお出しください
ない ある → どのような薬ですか… ()

7) 注射や飲み薬でアレルギー反応(気分不良、発疹など)を起こしたことはありますか？
ない ある → 発疹 気分不良 かゆみ ショック その他 ()
 どのような薬ですか… ()

8) 生活習慣と痛みの発症や持続には関連があるといわれています。
 ①現在の仕事をご記入ください：力仕事 車によく乗る 事務(デスクワーク) 立ち仕事
その他 ()
 ②運動の習慣はありますか？ : ほとんどない ある(週・月に 回) ほとんど毎日
 どのような運動ですか… ()

9) 骨粗鬆症の検査をご希望されますか？
いいえ はい

10) 女性の方にお聞きいたします。現在妊娠していますか？
いいえ 妊娠中(月) 妊娠の可能性ある 授乳中

11) 当院を何で知りましたか？
クリニック前を通りかかって ホームページ 紹介(紹介者:)
家族や親戚の受診歴がある(お名前:)