

# 問診表

カルテ No.

記入年月日 令和 年 月 日

フリガナ				身長：	cm
氏名	様			体重：	kg
生年月日	明・大・昭・平・令	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。

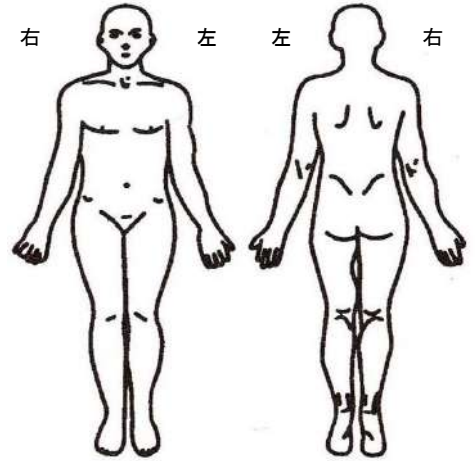
1) 今日はどのような症状で受診されましたか？

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】**

- お仕事中の怪我ですか。 (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)    妊娠の可能性はある    授乳中

11) 当院を何で知りましたか？

- 家族からの紹介    知人からの紹介    他の医療機関から    近所・クリニック前を通りかかって  
ホームページ    Google マップ    オンデマンドバス    その他

※当院はオンライン資格確認を導入し、診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

患者様の個人情報や、診療に関する事以外には、使用いたしません。