

問診票

患者様 ID: _____

受診日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

お名前	性別	年齢	身長/体重	職業	喫煙歴
	男性 ・ 女性	歳	c m k g		・あり・過去あり 1日 本 年・なし

1. 本日、紹介状 ・ フィルム ・ 画像CD-Rを持参されていますか？

はい いいえ

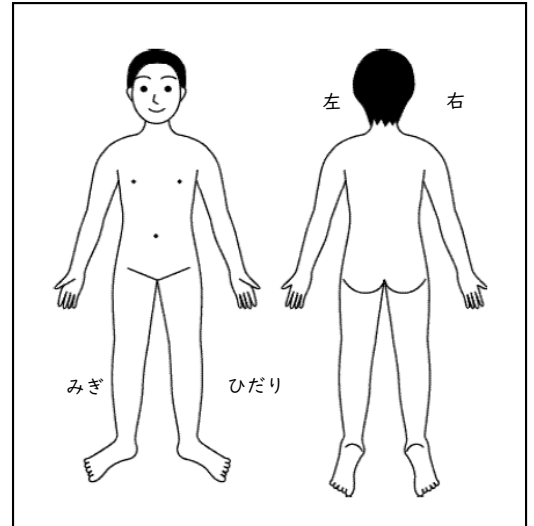
2. どのような症状で来院されましたか？

痛い しびれる はれている 動きにくい
 その他 ()

症状のある部位はどこですか？

くび せなか こし
 かた (右 ・ 左) ひじ (右 ・ 左)
 ひざ (右 ・ 左) 足首 (右 ・ 左)
 その他 ※右図へ⇒

↓ 具合の悪い部位に○をつけて下さい



3. いつごろから症状は出てきましたか？

_____ 年 _____ 月 _____ 日 ごろから
 _____ (日 ・ 週 ・ 月 ・ 年) 前から

4. 症状が出たきっかけ・原因は何ですか？

交通事故 (事故日: _____ 年 _____ 月 _____ 日)
 仕事のけが (内容: _____)
 転んだ / ぶつかった スポーツ (_____)
 特に原因なし その他 (_____)

5. 今回の症状で他の医療機関を受診されていますか？

いいえ
 はい → 医療機関名: (_____) 病院 ・ 医院
治療内容: 投薬 注射 物療 その他 (_____)
検査内容: レントゲン CT MRI その他 (_____)

6. 現在治療中の病気もしくは今までにかかれた病気がありますか？

いいえ
 はい → 高血圧 糖尿病 脳梗塞 心臓病 (狭心症 ・ 不整脈など)
 腎臓病 喘息 胃潰瘍 リウマチ 高コレステロール血症
 その他 (_____)

7. 過去に怪我や病気で手術を受けたことがありますか？

いいえ
 はい → 手術名: (_____) (_____ 年) 病院名: (_____)
手術名: (_____) (_____ 年) 病院名: (_____)

< 裏面 もご記入下さい >

8. 現在、何か薬を飲んでいますか？ ※お薬手帳 あり なし 本日持参なし

いいえ

はい → 病名：（ ） 薬の名前：（ ）

9. 薬や食べ物でアレルギーが出たことがありますか？

いいえ

はい → 薬：（ ） 食べ物：（ ）

10. 喘息を指摘されたことがありますか？

いいえ

はい → 通院中 服薬中 最終発作日： _____年_____月_____日

11. 妊娠している可能性がありますか？

いいえ はい → 妊娠： _____週

12. 授乳中ですか？

いいえ はい → 産後： _____年_____ヶ月

13. 健康長寿のために、当院では骨粗しょう症を原因とする転倒や骨折、寝たきり予防のため、60歳以上の女性、70歳以上の男性の方には骨密度検査をおすすめしています。

骨密度検査を（ 希望する ・ 希望しない ・ 最近検査受けた ・ 治療を開始している）

※検査結果は後日説明の予定です。

14. 趣味や健康目的などで何か運動（スポーツ）をしていますか？

いいえ

はい → 趣味・健康目的 競技
スポーツ名：（ ） _____回／（ 週・月 ）
※学生の方 学校名：（ ） 学年：（ ）
クラブ名：（ ） ポジション：（ ）

15. よろしければ当院へお越しいただいた理由をお聞かせ下さい

近いから ホームページを見て
通りがかり あんしん職員の紹介（お名前： ）
ご家族様からの紹介（お名前： ） 他の医療機関より紹介（ ）
知人の方からの紹介（お名前： ）
以前受診したことがあるため その他（ ）

16. ご自宅（職場）からクリニックまでの主な交通手段をお聞かせください

徒歩 車 バス タクシー 自転車 原付・バイク

17. マイナ保険証による診療情報に同意されますか？

はい いいえ

ご協力ありがとうございました、順番が参りましたらお呼びいたします、もうしばらくお待ちください

ご記入いただきましたこの問診表の個人情報につきましては、診療録（カルテ）と同様に厳正に管理されます