

問 診 票

H 年 月 日

HP用

フリガナ _____ 生年月日: 大・昭・平 年 月 日生(才)

患者様氏名 _____ 様 【男 ・ 女】

住所 〒 _____ 電話: _____

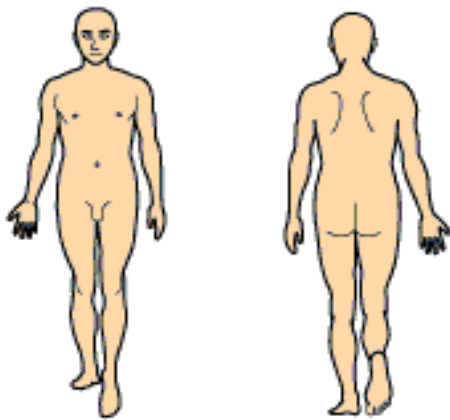
携帯: _____

ご職業: (_____)

※当てはまる項目がある方は、○をつけてください。 交通事故 ・ 労災 (業務中・通勤中)

痛い箇所・お悩みの箇所に○をつけてください。

Ver.201307



① どのような症状で来院されましたか? 痛い しびれる 腫れている 動きにくい

② いつごろから症状は出てきましたか? _____から

③ 同症状で他の病院に受診されましたか? いいえ はい【医療機関名: _____】

④ 過去にケガや病気で手術を受けたことがありますか? いいえ はい

⑤ 現在、治療中または既往歴があれば○をつけて下さい。

糖尿病・高血圧・心臓病・肝臓病・腎臓病・透析・喘息・リウマチ・B型、C型肝炎・

ペースメーカー・その他(_____)

⑥ ふだん飲んでいるお薬はありますか? なし ある(お薬の名前: _____)

↑お薬手帳をお持ちの方は記入不要です。受付にお持ちください。

⑦ お薬のアレルギーはありますか? なし ある(お薬の名前: _____)

⑧ 当院を何で知りましたか? ご紹介(お名前: _____様)

インターネット 地下鉄看板 近所なので その他(_____)

⑨ ※女性の方へ

現在妊娠していますか? はい・いいえ

現在授乳中ですか? はい・いいえ

<ご記入いただきました問診票は、診療録(電子カルテ)と同様に個人情報の厳正な管理を行います>