

問 診 表

記入日 _____

※出血がある方、頭をぶつけている方は、この問診票を記入する前に受付までお声かけ下さい。

ふりがな
お名前 _____ 身長 _____ cm
 生年月日 T S H 年 月 日 才 体重 _____ kg

※体の中にペースメーカーが入っていますか。

はい いいえ

1 今日診てもらいたいところはどこですか？

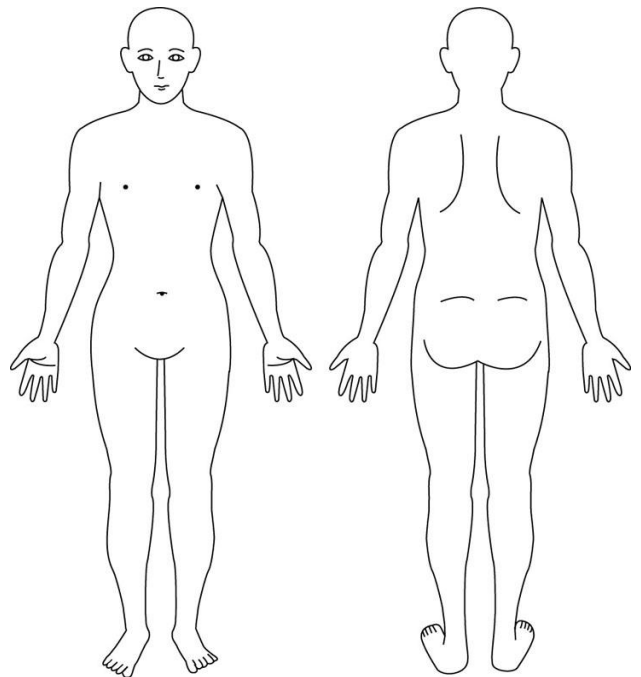
当てはまるものに○をつけてください。

*下の図で、主な症状のある部位に

○印つけて下さい。

膝 肩 腰 首 足 手

その他 _____



2 今回の症状はいつ頃からですか？

____年____月____日 頃から

3 症状のきっかけになるようなことは
ありましたか。

ある →

ない

4 今までに同じようになったことがありますか？

はい いつ頃ですか？ _____

いいえ

裏面もご記入ください→

5 今回の症状に対し治療を受けていますか？

はい → どのような治療をうけられていますか。

→ 他では何とされていますか。

いいえ

6 手術又は、輸血を受けたことがありますか？

はい →

いいえ

7 今までに、病気をしたことがありますか？

1) 下記の中にあれば、○をつけてください。

喘息	糖尿病	高血圧	不整脈	狭心症	心筋梗塞
脳梗塞	リウマチ	貧血	胃炎	胃潰瘍	十二指腸潰瘍
痛風	高脂血症	甲状腺機能障害	癌	肺結核	
その他					

2) ○をつけた病気で、現在も他の病院で治療中の方は、
病院名と内服薬があれば記入して下さい。

※お薬手帳・薬剤情報提供書をお持ちの方は、診察時に提出して下さい。

病院名→

内服薬→

8 お薬や注射で、湿疹や気分不快、その他の症状が出たことがありますか？

ある → 薬の名前がわかればおしえてください。_____

どのような症状が出ましたか。_____

ない

9 ご職業は？

()

デスクワーク・立ち仕事・軽作業・重労働・主婦・無職

10 女性の方にお伺いします。現在妊娠中または授乳中ですか？

はい 可能性あり

いいえ 閉経()才)