（　　：　　）

問診票

保険証	事故	子育て
マイナ	労災	スポ保

フリガナ	生年月日 T・S・H・R　　年　月　日（　歳）	職業
お名前	住所 〒	TEL

①右の図の症状のある部位に〇をつけて下さい→

②いつ頃から症状が出てきていますか？
本日・昨日　月　日　週間前　ヵ月前　年前

③どのような症状ですか？
痛い・はれ・動きにくい・しびれる・傷がある
その他（　　）

④症状が出たきっかけは何ですか？
転倒・落ちた・ぶつけた・ひねった・切った・原因不明
その他（　　）

⑤この症状について、すでに他院に受診したことはありますか？
ない ・ ある（治療内容 → 薬処方 ・ 注射 ・ リハビリ ）

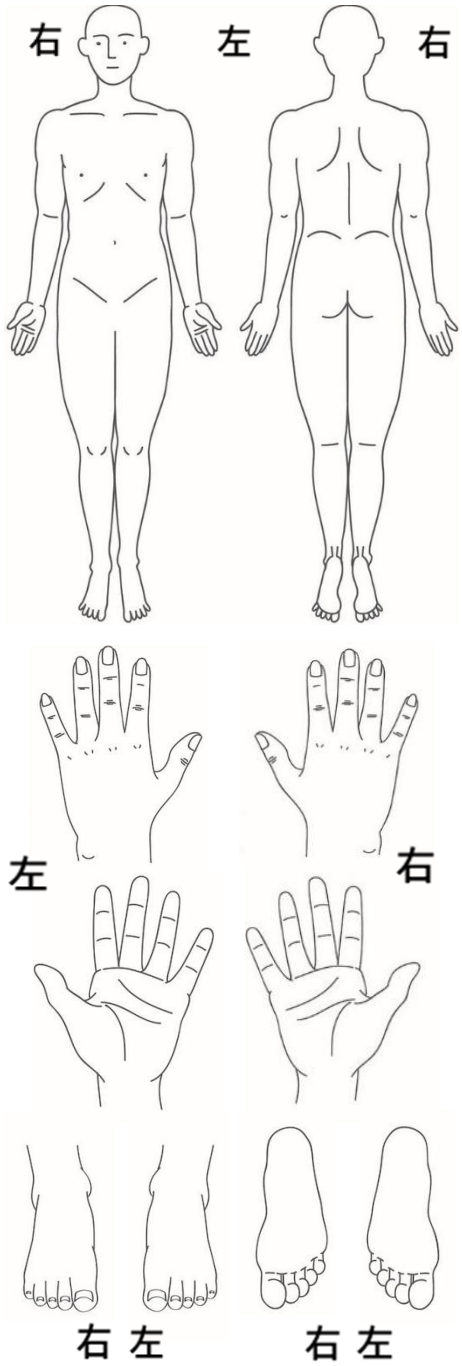
⑥どのような時、症状が出ますか？、困っていることはありますか？
（　　）

⑦現在治療中、または過去にかかった病気はありますか？
いいえ・心臓病・高血圧・糖尿病・痛風・腎臓病・脳疾患・喘息
その他（　　）

⑧薬・注射・食物アレルギーはありますか？（ はい ・ いいえ ）
内容（　　）

⑨スポーツまたは運動をしていますか？（ はい ・ いいえ ）
内容（　　）

⑩【女性の方のみお答えください】
妊娠の可能性　（ 有　無 ）・　妊娠中　・　授乳中



⑪【50歳以上の女性の方のみ】骨密度の検査を定期的に受けていますか？（ はい ・ いいえ ）

⑫【65歳以上の方のみ】介護保険証をお持ちですか？　（ はい ・ いいえ ）

・お薬手帳をお持ちの方は問診票と一緒にお出しください。

・診察内容や検査などにより、先にスタッフがお呼びしてお話を伺うことがあります。

・混雑時には外出する事も可能ですので受付にお声がけください。