

記入日：令 年 月 日

フリガナ 氏名：	性別： 男・女 (満 歳)
	生年月日： 大・昭・平・令 年 月 日

身長： cm, 体重： kg, 体温： , 血圧： / , 脈拍：

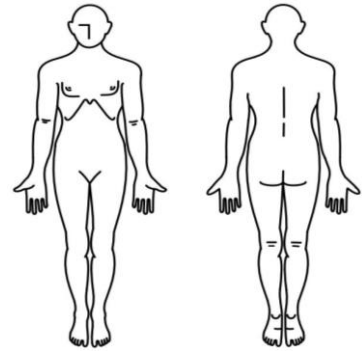
【内科問診票】

●本日は、どのような症状で来院されましたか？

- 息苦しさ 胸痛 くしゃみ・鼻水・咳・痰
- 胸やけ 嘔気 便秘 下痢 血便
- 腹痛 食欲低下 体重減少 頭痛
- その他：

- 健康診断 他院からの紹介
- 検診後の精密検査希望

診察を希望される部位に
下の絵に○をつけてください。



●具合が悪いのはいつ頃からですか？

..... 頃から

【整形外科問診票】

●本日は、どのような症状で来院されましたか？

- 痛み しびれる 動かない
- その他：

●具合が悪いのはいつ頃からですか？

(ケガの場合は受傷日) 頃から

●【整形】原因として思い当たることはありますか？

自然に ・ 仕事 ・ スポーツ ・ 交通事故 ・
その他 ()

●【整形】ご希望の検査や治療があれば教えてください。

MRI検査 骨密度検査 注射 リハビリ 再生医療

●お仕事をされている方は仕事内容を教えてください。

[]

●他院で治療を受けましたか？

病院の名前 ()

※裏ページもご記入ください

【 共通問診事項 】

- これまで、かかった病気、
現在、治療中の病気について教えてください。

歳頃 () 年頃)	病名	病院名
歳頃 () 年頃)	病名	病院名
歳頃 () 年頃)	病名	病院名
歳頃 () 年頃)	病名	病院名

- 健康診断や人間ドックを受けていますか。 (無・有)
- 「有」の場合、最後に健康診断や人間ドックを受けた時期を教えてください。

頃

- 親・兄弟・子などの血縁者の主な病気について教えてください。

[高血圧、糖尿病、高脂血症、がんなど]

- 飲んでいるお薬について

お薬を飲んでいる方は、**記載せず**、お薬手帳をスタッフに渡してください。

[血液がサラサラになる薬を飲んでいる]

- 薬や食べ物のアレルギー、合わない湿布が
ありますか？
(無・有)

[有：]

- 輸血を受けたことがありますか？
(無・有)

- タバコ 吸わない・吸う

[吸う場合：
才から 才まで
1日 本]

- お酒 飲まない・飲む

[飲む場合
種類：
量：1日 _____ ml ・ 合]

- 女性の方にお尋ねします。現在 妊娠している可能性がありますか？ (無・有)

- 当院を選んで頂いた理由

家族や知人のすすめ 看板をみて ホームページをみて 他病院の紹介
 家から近い 新聞・広告をみて 以前に来院したことがある
 その他 ()