

# 問診票

平成 年 月 日

ふりがな			
名前	( 男 ・ 女 )		
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月 日 ( 歳 )
住所	〒		
電話番号			
職業		身長	cm 体重 kg

1. 受診ご希望の科目を教えてください。

内科 心療内科 整形外科(リハビリテーション) はり・きゆう

2. 今日はどのような症状でご来院されましたか？

( )

3. いつ頃から症状が出てきましたが？

年 月 日から  ( )日ぐらい前から

( )ヶ月ぐらい前から  ( )年ぐらい前から

4. 症状が出てきたきっかけはありますか？

5. 現在治療中の病気があればお答えください。

高血圧 心臓病(狭心症・不整脈など) 糖尿病 喘息 胃潰瘍

その他( )

治療中の病気はない

6. 過去にけがや病気で手術を受けたことがあれば教えてください。

ある:(手術 : 年頃) ない

7. お薬や食べものでアレルギーが出たことがあれば教えてください。

ある:お薬( )食べ物( ) ない

8. 女性の方へ:妊娠している可能性はありますか？ はい いいえ

9. その他相談したいことがあればお書きください。

( )

ご記入いただきました問診票はカルテと同様に厳正に管理されます。