

問診票

個人情報保護法に基づき、ご提供頂いた情報は診察・健康管理の目的以外に使用することはありません。

(ID:) 記入日 平成 年 月 日

ふりがな	性別	職業
氏名	男・女	
生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)		
現住所 (〒 -)		
自宅電話番号	緊急連絡先	氏名 続柄 ()
携帯電話番号	電話番号	

1. 本日はどのような症状でいらっしゃいましたか？

[]

2. その症状の部位を右図に示してください。

3. その症状はいつから始まりましたか？

[] から

4. その症状で他の医療機関を受診した事がありますか？

ない ・ ある ・ 現在治療中

[医療機関名]

5. 現在、他の医療機関で処方されているお薬はありますか？

お薬手帳があれば記入は不要ですので御提出ください。

ない ・ ある

[薬剤名]

6. 上記であると答えた方 それはどちらの医療機関ですか？

[医療機関名]

7. 現在までに薬・注射・食べ物などにアレルギー・じんま疹等の症状がでたことがありますか？

ない ・ ある

[種類]

[症状]

8. 現在までに病気や手術をしたことがありますか？

ない ・ ある

[病名 (年齢)]

[手術名 (年齢)]

[医療機関名]

9. 女性の方へ 現在妊娠されていますか？

いいえ ・ はい

[現在]

[週]

[出産予定日]

[年]

[月]

[日]

スポーツ整形を受診ご希望の方は裏面もご記入下さい

ご記入が終わりましたら受付にお持ち頂くか、お近くのスタッフにお声がけください。
ご協力有難うございました。

※以下スタッフ記入欄

内・整形・形成・皮膚・脳外・耳鼻

代筆者	受取者	登録/確認者	画像取込者	最終チェック者