

問 診 票

・交通事故（事故日 / ）警察用診断書（ 有 無 ） ・労働災害（負傷日 / ）
 本人 付
 検温（ ℃）（ ℃）

フリガナ		性別	年齢	生年月日
名前		男 女	才	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
現住所		自宅電話		
		携帯電話		
職業（学校名）		勤務先電話		

1. 右の図に具合の悪いところに○印を付けてください

2. どのような症状がありますか？

痛み しびれ 腫れ
 キズ しこり その他（ ）

3. いつ頃からですか？

（ ）

4. 原因はありますか？

転んだ ぶつけた 切った
 わからない その他（ ）

5. 当院を受診する前に他院で治療を受けましたか？

いいえ はい（どこで ）

6. 該当することに○印を付けてください

糖尿病 ぜん息 ペースメーカー 心臓疾患
 血液が固まりにくい薬を飲んでいる 妊娠中（ 週） 授乳中
 該当しない

7. 現在服用中の薬がありますか？

ない ある →お薬手帳を受付にお出してください
 ※お薬手帳をお持ちでない方は薬の名称をお書きください（ ）

8. 薬や注射の副作用がある方はお書きください

薬（ ） 注射（ ）

9. 医師に伝えておきたい病気・入院・手術をしたことがありますか？

ない ある （病名 ）
 （いつ ）
 （どこで ）

