問　診　票

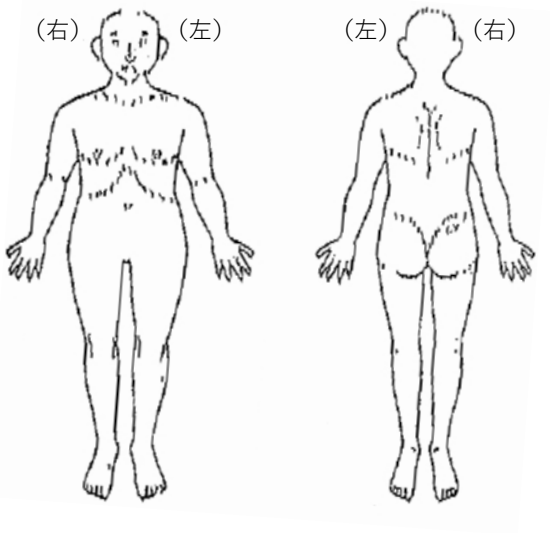
交通事故（事故日　　/　　）

労働災害（負傷日　　/　　）

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〇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．該当することに〇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　　）

１０．2週間以内に県外に行きましたか？　　ない　　ある（　　都・道・府・県）

１１．2週間以内に県外へ行った人に会いましたか？

ない　　ある（　　都・道・府・県）

１２．新潟に帰省中。自宅のある都道府県　　（　　）