

年 月 日

2-1 問 診 票

フリガナ _____

氏名 _____

〒 _____

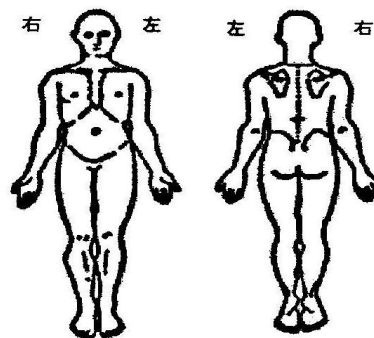
住所 _____

自宅電話 _____

携帯電話 _____

緊急時連絡先 _____

TEL _____ (間柄: _____)



※検査をして異常があった場合や、症状所見が急速に変化する場合、
 当院から連絡をしてもよいですか。 (はい・いいえ)

具合が悪いのはどういう症状ですか。
 (痛み・感覚が鈍い・感覚がない・重い・だるい・その他)

具合の悪いところはどこですか。上図にしるしをつけてください。
 症状のある部位が複数の場合は、症状の強い順に番号を付けてください。

いつから具合が悪いですか。
 ()

具合が悪くなったきっかけに心当たりがあれば記入し、
 きっかけがわからなければわからないに○をつけてください。
 ()
 わからない

※将来書類を作成する場合、ここに記入してある通りに記載しますので正確に書いてください。

具合が悪くなる動作や姿勢を記入してください。
 ()

昨夜は眠れましたか。 (眠れた・時々目が覚めた・眠れなかった)

食欲はありますか。 (普通・少しだけ・食欲なし)

アルコールは飲みますか。	はい	いいえ
はいの方：(種類・量)		

たばこを吸いますか。(本/日 年)	はい	いいえ
--------------------	----	-----

日常的にどんな姿勢や動作が多いですか。当てはまる項目に○をしてください。
 (立ち仕事・座位姿勢・中腰・重いものを持つ・家事・学生・その他)

かぶれやすいですか。	はい	いいえ
はいの方：何でかぶれやすいですか。(湿布・ばんそうこう・テープ・その他)		

スポーツをしていますか。(スポーツ名)	はい	いいえ
----------------------	----	-----

注射をするのは身ぶるいするほどいやですか。	はい	いいえ
-----------------------	----	-----

今までに薬の副作用がありますか。	はい	いいえ
はいの方：薬剤名(かぜ薬・ピリン・鎮痛剤・抗生物質・わからない)		

薬を飲んで胃腸障害がありますか。	はい	いいえ
------------------	----	-----

はいの方：胃薬を希望しますか。	はい	いいえ
-----------------	----	-----

ぜんそくはありますか。	はい	いいえ
-------------	----	-----

裏へ続く

アレルギー体質ですか。	はい	いいえ
はいの方：当てはまる項目に○をしてください。 (花粉症・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・じんましん・その他)		
じんましんのある方：特定の食物をとった後に運動をすると じんましんは出ますか。	はい	いいえ
手術をしたことがありますか。	はい	いいえ
はいの方：年齢・部位		
今までに麻酔や注射で副作用がありますか。	はい	いいえ
はいの方：薬剤名 症状		
他の医療機関にかかっていますか。	はい	いいえ
病院名：		
現在、他院で内服していますか。	はい	いいえ
表に書いた症状以外で、気になる症状はありますか。	はい	いいえ
はいの方：どういう症状ですか。		
今までにけいれん・てんかんを起こしたことがありますか。	はい	いいえ
現在、または過去に次の疾患にかかったことがありますか。 あれば○をつけてください。なければ×をつけてください。 (心臓・腎臓・肝臓・糖尿病・高脂血症・脳血管障害・高血圧 甲状腺・緑内障・骨粗鬆症・呼吸器疾患・リウマチ・その他)		
ここ1ヶ月以内に他院で何か検査を受けていますか。	はい	いいえ
当院を選んだ理由が次の項目にあれば○をしてください。 (家から近い・受診したことがある・家族が受診したことがある テープ治療・紹介された・ホームページを見た・その他)		
以下女性の方にお尋ねします。		
妊娠中ですか。	(はい・いいえ・わからない)	
授乳中ですか。	はい	いいえ

◎領収書・明細書が不要な方(レシートのみでよい)はサインをして下さい。

氏名

◎相談したいことや治療についての希望など伝えたいことがあればお書きください。