

年 月 日

2-2 問 診 票

フリガナ _____

氏名 _____

〒 _____

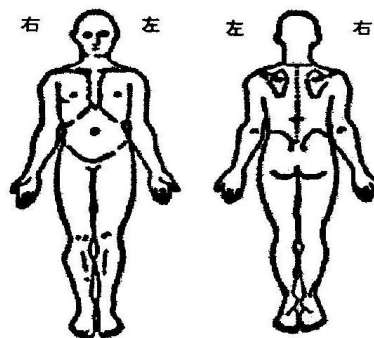
住所 _____

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 |
|-------------|----|-----|

