

問診票

患者様 ID: _____

受診日： 年 月 日

お名前	性別	年齢	職業
	男性 ・ 女性	歳	

< 裏面 もご記入下さい >

1. 本日、紹介状 ・ フィルム ・ 画像CD-Rを持参されていますか？

 はい いいえ

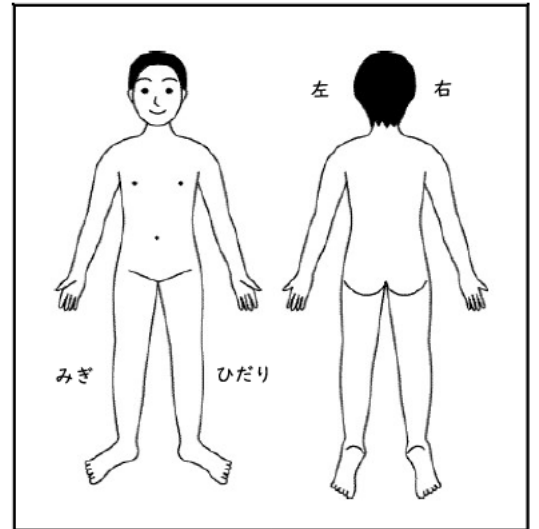
2. どのような症状で来院されましたか？

 痛い しびれる はれている 動きにくい
 その他 ()

症状のある部位はどこですか？

 くび せなか こし
 かた (右 ・ 左) ひじ (右 ・ 左)
 ひざ (右 ・ 左) 足首 (右 ・ 左)
 その他 ※右図へ⇒

↓ 具合の悪い部位に○をつけて下さい



3. いつごろから症状は出てきましたか？

 _____年 _____月 _____日 ごろから
 _____ (日 ・ 週 ・ 月 ・ 年) 前から

4. 症状が出たきっかけ・原因は何ですか？

 交通事故 (事故日： _____年 _____月 _____日)
 仕事のけが (内容： _____)
 転んだ / ぶつかった スポーツ (_____)
 特に原因なし その他 (_____)

5. 今回の症状で他の医療機関を受診されていますか？

 いいえ
 はい → 医療機関名： (_____) 病院 ・ 医院
治療内容： 投薬 注射 物療 その他 (_____)
検査内容： レントゲン CT MRI その他 (_____)

6. 現在治療中の病気もしくは今までにかかれた病気がありますか？

 いいえ
 はい → 高血圧 糖尿病 脳梗塞 心臓病 (狭心症 ・ 不整脈など)
 腎臓病 喘息 胃潰瘍 リウマチ 高コレステロール血症
 その他 (_____)

7. 過去に怪我や病気で手術を受けたことがありますか？

 いいえ
 はい → 手術名： (_____) (_____ 年) 病院名： (_____)
手術名： (_____) (_____ 年) 病院名： (_____)

< 裏面 もご記入下さい >

8. 現在、何か薬を飲んでいますか？ ※お薬手帳 あり なし 本日持参なし

いいえ

はい → 病名：（ ） 薬の名前：（ ）

9. 薬や食べ物でアレルギーが出たことがありますか？

いいえ

はい → 薬：（ ） 食べ物：（ ）

10. 喘息を指摘されたことがありますか？

いいえ

はい → 通院中 服薬中 最終発作日： ____年____月____日

11. 【女性の方のみ】 妊娠している可能性がありますか？

いいえ はい → 妊娠： ____週

12. 【女性の方のみ】 授乳中ですか？

いいえ はい → 産後： ____年____ヶ月

13. 趣味や健康目的などで何か運動（スポーツ）をしていますか？

いいえ

はい → 趣味・健康目的 競技

スポーツ名：（ ） ____回 / （ 週 ・ 月 ）

※学生の方 学校名：（ ） 学年：（ ）

クラブ名：（ ） ポジション：（ ）

顧問の先生：（ ）

手術希望有無： 希望する 希望しない

14. よろしければ当院へお越しいただいた理由をお聞かせ下さい

近いから

ホームページを見て

通りがかり

講演会を聴講して

ご家族様からの紹介（お名前：（ ）

あんしん職員の紹介（お名前：（ ）

知人の方からの紹介（お名前：（ ）

野球検診

他の医療機関より紹介（（ ）

facebookを見て

以前受診したことがあるため

住吉駅前の看板を見て

その他（（ ）

15. ご自宅（職場）からクリニックまでの主な交通手段をお聞かせください

徒歩

車

バス

タクシー

自転車

原付・バイク

JR

阪神

阪急

地下鉄

ライナー

ご協力ありがとうございました、順番がまいりましたらお呼びいたします、もうしばらくお待ちください

ご記入いただきましたこの問診表の個人情報につきましては、診療録（カルテ）と同様に厳正に管理されます