

問診票

受診日： 年 月 日

お名前	性別	年齢	身長/体重	職業	喫煙歴
	男性 ・ 女性	歳	cm kg		あり・なし 過去にあり ↓下記ご記入下さい↓

□ _____本 (日 ・ 週 ・ 月) 約 _____年間

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

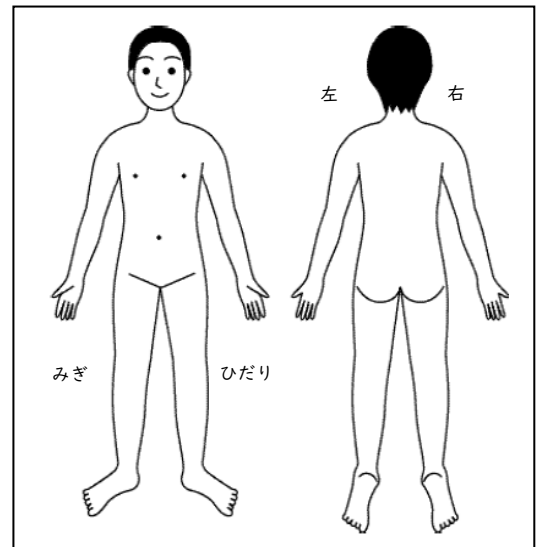
2. どのような症状で来院されましたか？

□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：) □スポーツのけが ()
□転んだ □ぶつかった □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. 妊娠している可能性がありますか？

いいえ はい → 妊娠： _____週

12. 授乳中ですか？

いいえ はい → 産後： _____年_____ヶ月

13. 1年以内に特定健診または高齢者健診を受診されたことがありますか？

いいえ

はい → 受診時期： () 指摘事項： ()

14. 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： ()

15. 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

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（ _____）

SNS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（ _____）

16. 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

17. マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？

はい

いいえ

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。当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。