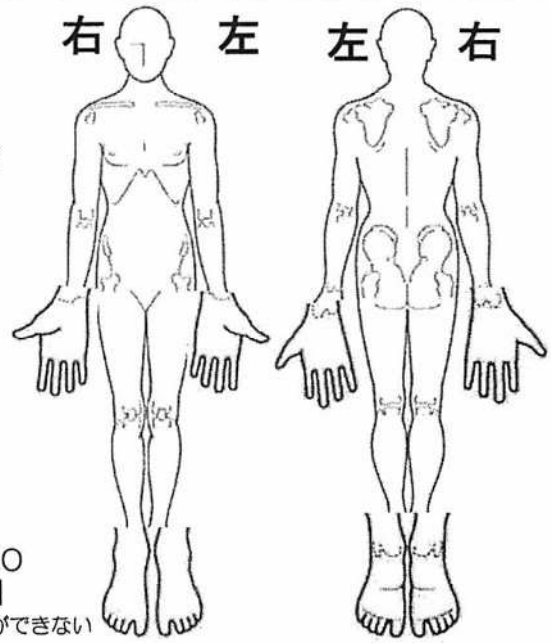
問診票

診察日	年　月　日	体温	℃
(フリガナ) 氏名	男・女	生年月日	大正・昭和・平成 年　月　日（　歳）
自宅住所	〒　－ （自宅電話）　－　－	住所変更なし □ （職業・業務内容） （携帯電話）　－　－	
体重	kg	身長	cm

1.いつ頃からどのような症状でお困りですか？
・症状のある部位を右の図で示してください ⇒
・いつ頃からですか。　頃から
・症状が出たきっかけ、原因はなんですか？
□原因不明　□その他（　）
□転倒・その他の外傷　□労災・交通事故
受傷日（　年　月　日）
内容（　）
・どのような症状ですか。
□痛い（安静時・動作時・起床時・就寝時）
性質（ズキズキ・ジンジン・鋭い・にぶい）
※どのような動作で痛いですか？（
□張りがある　□腫れている・熱がある　□しびれる
□違和感がある



2.現在の痛みやしびれの程度に○をつけてください。
0　1　2　3　4　5　6　7　8　9　10
痛みなし　少し痛い　痛い　とても痛い　我慢ができない

レントゲン撮影等診療前に検査をしてもよろしいですか？
（当院ではお待ち時間軽減ため問診票から院長の指示のもと診療前に検査をさせていただいています。）
□はい　□いいえ

麻酔（歯医者含む）で気分が悪くなったことがありますか？
□いいえ　□はい

注射、薬で副作用が出たことがありますか？
またどのような症状ですか？
□いいえ
□はい　（症状：　）

3.過去に手術を受けたことがありますか？
□いいえ　□はい（　）

4.体内に金属等はありますか？
□なし　□ステント　□ペースメーカー
□その他（　）

5.他病院で本日の症状について検査や治療を受けています：※「はい」の場合は受けた検査や使用した薬の名前をお書きください
□いいえ　□はい　（　）

6.今までに下記の病気、その他入院を必要とする病気にかかったことはありますか？
□なし　□喘息　□胃十二指腸潰瘍
□B型肝炎・C型肝炎(治療中・寛解　)□糖尿病　□心臓病
□緑内障　□前立腺肥大　□肝臓病　□脳梗塞
□その他（　）

7.現在服用している薬がございますか？
＊お薬手帳ございましたら、ご提出ください
□いいえ
□はい
（お薬の名前　）

8.妊娠の可能性はありますか？（女性の方のみ）
□いいえ　□妊娠の可能性がある
□妊娠中　□授乳中である

9.1週間以内にコロナウイルス感染症もしくはインフルエンザにかかりましたか？
□はい　□いいえ（いつ　月　日～　月　日）

9.介護保険について（40才以上の方のみ）
・介護認定の有無　※「あり」の方は当てはまる数字に○をつけてください。
□あり　□なし　要支援（1　2　3　4　5）
要介護（1　2　3　4　5）
介護サービスは利用していますか？
□なし　□デイサービス　□デイケア

※2回目以降の方で変更がない場合は太枠内のみの記入で結構です