

問 診 票

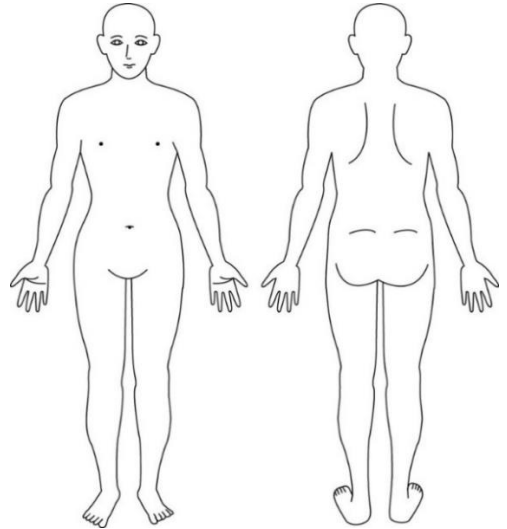
令和 年 月 日

フリガナ		男 ・ 女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 (歳)
氏 名			
住 所	〒		
自 宅	t e l	携 帯	t e l

身長：_____cm / 体重：_____kg ※お薬の処方やリハビリの時などに必要な場合があります。

1. 本日の具合が悪いところに

○印をしてください。→ (複数でも可)



2. どのような症状ですか？

☐ 痛み ☐ しびれ ☐ 腫れ☐ その他 ()

3. 原因はありますか？(転んだ・運動をしていて・事故)

()

4. その症状はいつ頃からですか？

☐ 本日 ☐ 昨日 ☐ 2・3日前 ☐ 一週間前 ☐ 数週間前☐ その他 ()

5. 今までにされた大きなご病気や現在治療されているご病気はありますか？

☐ いいえ ☐ はい (病名：)

6. 現在使用しているお薬はありますか？

☐ いいえ ☐ はい (薬剤名：)

※ お薬手帳をお持ちでしたら受付へお出しください。

7. お薬や食事に対するアレルギーはありますか？

☐ いいえ ☐ はい (アレルギー：)8. 喫煙歴の有無 ☐ なし ☐ あり ☐ 過去にあり (本/日・ 年間)9. 医療費明細の希望の有無 ☐ なし ☐ あり10. 女性の方へ 妊娠の有無 ☐ なし ☐ あり

※ 問診票にご記入いただいた個人情報は、当院の個人情報の利用目的の範囲内で取り扱わせていただきます。

※ 第三者行為の場合はご加入の保険者へ傷病の届け出が必要となります。ご加入の保険者へお問い合わせ下さい。

※ 交通事故での受傷時、ご自身の健康保険を使用される場合、自動車事故後遺障害診断書は記入できない場合があります。あらかじめご了承ください。

当クリニックは診療情報を取得・活用により、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致します。