

# 問診表

記入日 年 月 日 [ID: ]

体温: °C

住所 〒 -	フリガナ
	氏名
連絡先 ( ) -	生年月日 大・昭・平・令 年 月 日
緊急連絡先 ( ) - (続柄: )	男 / 女 ( ) 歳 身長: cm / 体重: kg

※労働中・通勤中の事故（労災保険使用）  
または交通事故（自賠責保険）ですか？

はい ・ いいえ

交通事故の方は警察に提出用の診断書は必要ですか？

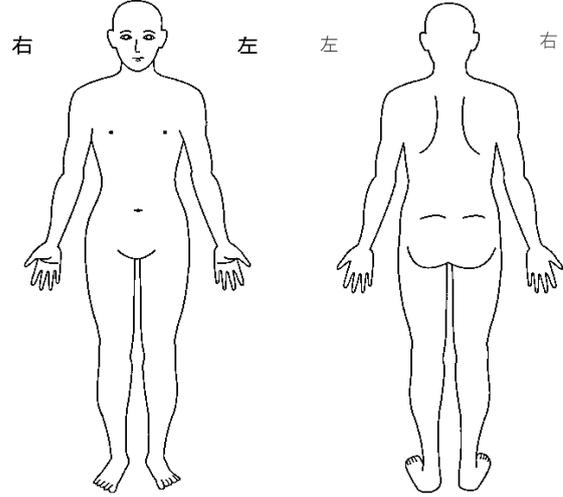
はい ・ いいえ

1. 当てはまる症状に○を付けてください。

痛み / しびれ / はれ / その他

具体的症状についてご記入ください

①いつから？②思い当たる原因は？



↓当てはまる部位に○を付けてください

2. 今まで大きな病気・ケガによる入院・手術をしたことがありますか？

ない ・ ある

何歳頃:

病名・手術など:

3. 下記に治療中の疾患はありますか？

ない ・ ある

- ・ 高血圧・糖尿病・狭心症・高脂血症・脳梗塞・呼吸器疾患・高尿酸血症
- ・ 肝臓疾患・腎臓病・陳旧性心筋梗塞・栄養障害・排泄機能障害
- ・ 褥瘡・肥満・その他【

4. 現在服用しているお薬はありますか？お薬手帳をお持ちの方は受付にお出してください。

ない ・ ある

お薬の名前:

5. じんま疹がでる、気分が悪くなるなどアレルギー症状が出たことはありますか？

ない ・ ある

【お薬、食べ物など

6. 女性の方、妊娠中でしょうか？

いいえ ・ 妊娠中 ( 月 )

・ 授乳中

・ わからない

7. 喫煙はしていますか？

はい ・ いいえ

⇒ 裏面へ続きます ⇒

