



問 診 表



ふりがな.....

氏名 男・女 明・大・昭・平・令 年 月 日生まれ

〒 住所 職業

携帯電話番号 () 自宅電話番号 ()

緊急時連絡先 () (ご関係 息子・娘・父・母・その他親族・民生員)

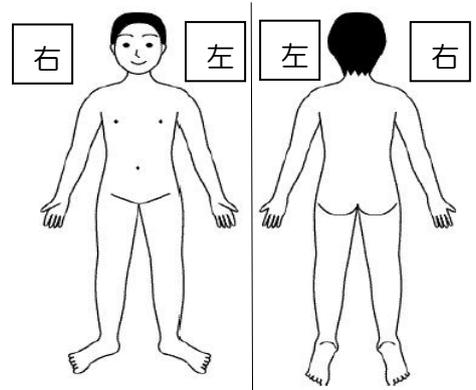
当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

■ マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか。 (はい ・ いいえ)

▽ 本日はどこの具合が悪くて診察に見えましたか？
症状(痛み・しびれなど)・部位をお書き下さい

.....
.....
.....

右図のその箇所に○印をしてください



▽ いつ頃から症状が出ましたか？ 令和 年 月 日頃より ・ 不詳

▽ 何か原因で思い当たることがありますか？

▽ お仕事または通勤途中のケガや交通事故ではありませんか？
どちらでもない ・ 工作中 ・ 通勤途中 ・ 交通事故 (いつ 月 日)

▽ 今回の症状に対して、どちらかの医療機関で治療されたことがありますか？
有 ・ 無 / (いつ ところで)

▽ 今かかられている病気や他のケガ、手術の既往などがありますか？
有 ・ 無 / (それは何ですか？ 喘息・胃潰瘍・糖尿病)

▽ 現在服用中のお薬がありますか？
有 ・ 無 / (薬剤名 ワーファリン)

▽ アレルギーはありますか？(薬や麻酔で気分が悪くなったことがありますか？)
有 ・ 無 / (何のアレルギーですか？)

▽ 女性の方のみ：妊娠中または妊娠中の可能性はありますか？ / 授乳中ですか？
有 ・ 無 (妊娠 週) / 授乳中

▽ この医院を何でお知りになりましたか？ ○をつけてください (複数回答可)
1. 家族・知人から 2. 通りの看板 3. 以前当院にかかっていた(年前)
4. 他院からの紹介 5. インターネット 6. 電柱看板 7. 電話帳
8. その他() 241201 田中整形外科医院