問　　診　　票

様式－1

ふりがな		男・女	大・昭・平　　年　　月　　日（　　才）
氏　名			
住　所	〒		
電話番号	（携　帯）		

1．本日受診された理由を教えてください

①いかがなさいましたか？　（　　）

②いつ頃からですか？　（　　）

③発症原因に心当たりはありますか？

・交通事故　・仕事中のケガ　・原因不明

・転倒　・ぶつかった　・ひねった

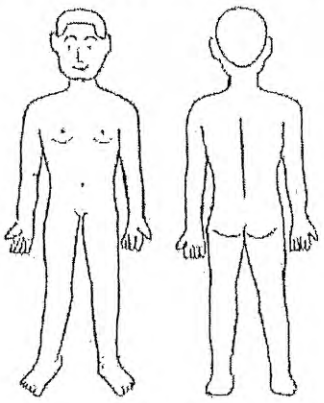
・その他　（　　）

・労災ですか？　・はい　・いいえ　・わからない

・予防接種を希望　種類（　　）

・その他　（　　）

※下の絵の症状のある部分に○をつけて下さい



④今回の症状について、薬を飲みましたか？（座薬含む

いいえ　・　はい（薬の名前　　）

2．現在、治療中または指導を受けている病気はありますか？

いいえ

・

はい（当てはまる病名に○をつけて下さい）

前立線肥大 ・ 緑内障 ・ 眼科疾患（白内障など） ・ 心臓病（不整脈・狭心症など）

高血圧症 ・ 脂質異常（高ｺﾚｽﾃﾛｰﾙなど） ・ 呼吸器疾患（喘息など） ・ 腎疾患

糖尿病 ・ 整形外科疾患 ・ 甲状腺疾患 ・ その他（

通院先　（　　病院／医院　）

3．現在、飲んでいる薬がありますか？　※お薬手帳や薬の説明書があればご提出ください※

いいえ　・　はい　（　　）

4．過去に、治療または指導を受けていた病気はありますか？

いいえ　・　はい　（　　）

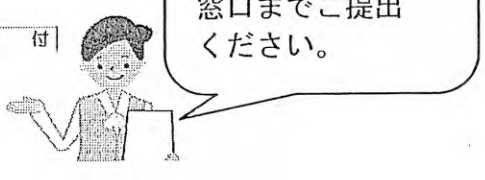
5．薬・注射・食品によるアレルギーはありますか？（じんま疹が出た。具合が悪くなった。など）

いいえ　・　はい　（　　）

6．お薬手帳をお持ちですか？

いいえ　・　はい　・　自宅にある

7．女性の方のみお答え下さい

妊娠中ですか？　いいえ　・　はい　（　　ヶ月）

授乳中ですか？　いいえ　・　はい