

# 問 診 票

年 月 日

ふりがな				大正・昭和・平成
氏名		男・女	生年月日	年 月 日( 歳)
自宅住所	〒 -	身長: cm 体重: kg		
自宅電話	( )	携帯番号	( )	

●労災保険及び自賠責保険を使用する予定はありますか？ はい いいえ  
 ※当院ではお取り扱いがございませんので、「はい」とお答え頂いた方は下記を記入せずに受付にお声がけください。

●この病院を受診したきっかけ(複数回答可)  
他院紹介 当院医師かかりつけ 近所 バスアナウンス 看板 パンフレット  
知人・家族のご紹介 ホームページ その他( )

●マイナ保険証を持参していますか？ はい いいえ  
 ※「はい」と答えた方は、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

以下の質問にお答え下さい。(該当するものに〇印をつけてください。)

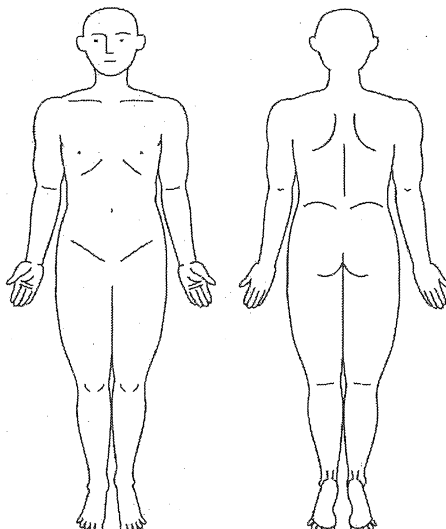
①症状のある所に〇印等で右図へ印をつけてください。  
 また、その部位がどのような症状か下記に〇印をつけてください。  
 ( )にその部位を記入してください。

痛みは赤、しびれは青で

痛み しびれ

筋肉のこり( ) 冷え( ) 熱い( )

その他



②それはいつ頃からですか？  
 ( )

③今までに脊椎疾患で手術を受けた事がありますか？  
はい いいえ  
 ※受けた事がある方はいつ頃、どの部位を手術されましたか。  
 いつ頃( )どの部位( )

④下記で現在治療中の病気はありますか。(〇を付けてください)  
 喘息 糖尿病 高血圧症 心臓病 腎臓病 脳血管疾患 なし

⑤上記以外に今までにかかったことのある病気、現在治療中の病気、過去に行った手術はありますか。  
はい いいえ  
 ※「はい」と答えた方は詳細を記入してください。

⑥薬品、食品、金属等のアレルギーはありますか？  
はい いいえ  
 ※「はい」と答えた方 なにで( )  
 どのような症状( )

⑦喫煙はしていますか？ はい ( 本/日) いいえ

⑧お酒は飲みますか？ はい ( 毎日・週 回 ml/日) いいえ

⑨現在妊娠中ですか？また、その可能性はありますか？ ある ない

⑩現在授乳中ですか？ はい いいえ

ご記入ありがとうございました。