

# 問 診 票

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

フリガナ

お名前： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

〒 \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_

電話番号：(自宅) \_\_\_\_\_

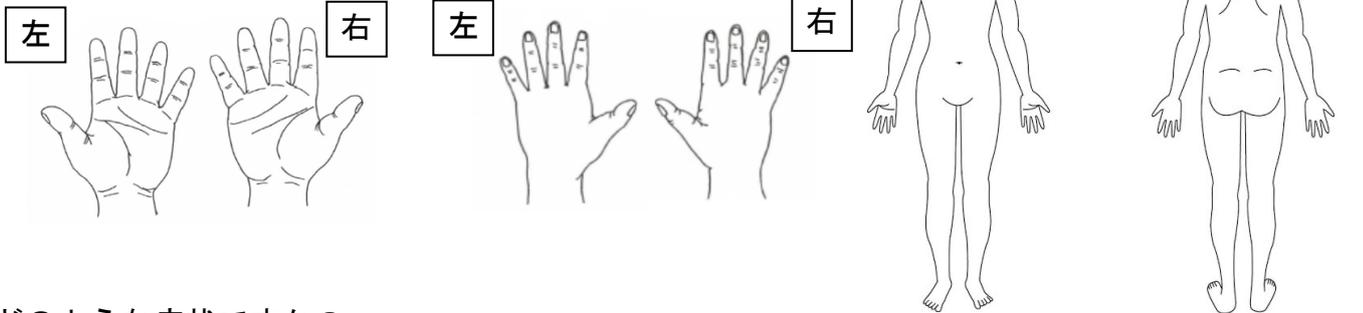
(携帯) \_\_\_\_\_

看護師記入

身長： \_\_\_\_\_ 体重： \_\_\_\_\_

1. 本日の症状についてお聞きします。

① 部位はどこですか？



② どのような症状ですか？

- ・痛い
- ・しびれる
- ・はれている
- ・変形している
- ・その他 ( )

③ いつ頃からですか？

- ( ) ・ 不明

④ 原因はありますか？

- ・はい ( )
- ・不明

2. 下記の病気などをされたことがありますか？

- ・高血圧
- ・糖尿病
- ・喘息
- ・リウマチ
- ・心臓病
- ・胃潰瘍
- ・肝臓病
- ・腎臓病
- ・脳梗塞、脳出血
- ・ペースメーカー

3. 女性の方へ、以下にあてはまるものがありますか？ (はい ・ いいえ)

- ・妊娠中
- ・妊娠の可能性
- ・授乳中

4. 今までにお薬によるアレルギーが出たことがありますか？

- ・はい ( )
- ・いいえ

5. お仕事をされていますか？

- ・はい ( )
- ・いいえ

6. 行っているスポーツや趣味はありますか？

- ・はい ( )
- ・いいえ