

# 問 診 票 ( 年 月 日 )

フリガナ	生年月日
氏名 <span style="float: right;">男・女</span>	大正 昭和 平成 年 月 日
住所 〒 (Tel. )	
職業(職種):	スポーツ歴:
身長:	体重:

1. どのような症状ですか？ ( 交通事故  工作中  スポーツ  その他 )

いつ頃からですか？

上記の症状について、他の医療機関を受診しましたか

紹介状 (有・無)

2. 現在治療中の病気はありますか？  
又、過去に入院歴・手術歴等あれば記入下さい。

ある 病名: \_\_\_\_\_

なし 医療機関名: \_\_\_\_\_

3. 何かお薬を飲まれていますか？

ある 薬品名: \_\_\_\_\_

なし

4. アレルギーはありますか？

ある 薬品名、食品名、その他: \_\_\_\_\_

なし \_\_\_\_\_

5. その他、診察に関して医師に伝えておくことがありますか？

\_\_\_\_\_

6. 該当者の方はご記入ください。

飲酒  なし

喫煙 ( 年 )  喫煙なし ( 禁煙中 年 )

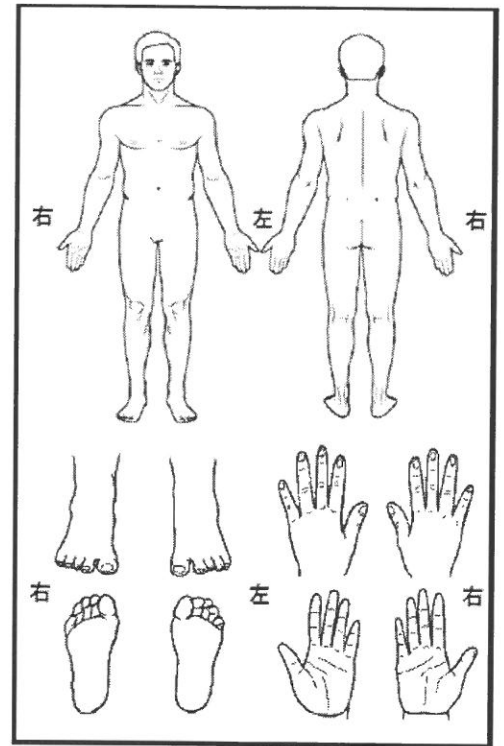
現在妊娠中 ( ヶ月 )  なし

現在授乳中  なし

7. 介護保険証はお持ちですか？ あり なし その他 ( )

8. 氏名、住所、連絡先に変更がありましたらご記入ください。

\_\_\_\_\_



記載内容については診療目的以外には利用致しません。ご協力ありがとうございました。

月に一度保険証の確認をさせていただきますので、保険証の提示にご協力をお願いします。