

問 診 表

受付日 年 月 日

ふりがな		性別	生 年 月 日				年 齢
氏 名		男 女	明治 大正	昭和 平成	年 月 日	日生	歳
住 所	〒				連絡先	自宅 ()	
						携帯 ()	
職 業					紹介者		

主 訴 (痛い所 つらい所)										
気になる ところ	頭		肩		背中		下肢		その他	
	首		腕		腰		内臓	肺 心臓 胃 肝臓 腸 腎臓 膀胱 その他		
1	最近、体重の急激な変化はありましたか？					いいえ	はい	_____ Kg/月増減		
2	タバコは吸いますか？					いいえ	はい	1日 _____ 本くらい		
3	お酒は飲みますか？					いいえ	はい	種類 _____ _____ 本 m/日 週		
4	アレルギーはありますか？					いいえ	はい			
5	日頃の血圧を教えてください					最高 _____ 最低 _____				
	高血圧と言われた事がありますか？					いいえ	はい	薬名 _____		
6	骨折をした事がありますか？					いいえ	はい	いつ頃 _____ 場所 _____		
7	骨粗鬆症 (こつそしょうしょう)と診断された事がありますか？					いいえ	はい	いつ頃 _____ 診断 _____		
8	交通事故に遭われた事がありますか？					いいえ	はい			
	はい」と答えた方は状況をおぼえていたら詳しくお書き下さい									
9	糖尿病と診断された事がありますか？					いいえ	はい	_____ 年頃診断		
10	入院するような大きな病気をした事がありますか？					いいえ	はい			
	『はい』と答えた方は病名といつ頃かご記入下さい									
11	現在、妊娠している可能性はありますか？					いいえ	はい			
12	現在、医者にかかっていますか？もし、かかっている場合、疾患名と薬名を記入して下さい									