

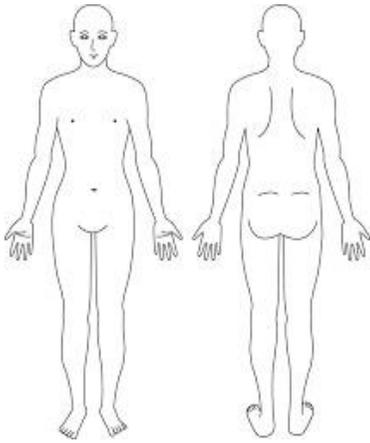
# 問診票

受付時間  
記入日

フリガナ		大・昭 平・令	年 月 日生 ( )才	男・女
住所	〒	自宅電話番号	- -	
		本人携帯番号	- -	
		※必須 緊急連絡先	- -	名前： 続柄：
・診察券はお持ちですか		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
・お薬手帳(アプリ)はお持ちですか		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
・明細書の発行を希望されますか		<input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 希望あり		
・今回の症状は交通事故または仕事(通勤)に関係していますか		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		

本日はどうなさいましたか？

いつ頃から、どこが、どのようにになりましたか？ご記入をお願いします



下記の質問に当てはまる方は( )の中に詳しくご記入をお願いします

- ・ご職業 ( )
- ・今回の症状について他院を受診されましたか？ いいえ はい (病院名： )
- ・薬剤での副作用やアレルギーがありますか？ いいえ はい ( )
- ・現在治療中の病気はありますか？ いいえ はい (病名： )
- ・普段飲んでいるお薬はありますか？ いいえ はい ( )
- ・これまでにかかった病気がありますか？ いいえ はい ( )
- ・今までに手術を受けたことがありますか？ いいえ はい ( )
- ・お酒を飲まれますか？ (何をどのくらい) いいえ はい (週 回 /日)
- ・たばこを吸いますか？ いいえ はい ( 本/日)
- ・現在、運動習慣はありますか？ いいえ はい ( )

はいと答えた方は種目、練習状況等もご記入をお願いします

学校名	年生・社会人		
種目：	ポジション	活動レベル：全国・県・クラブ・その他	
レギュラー・準レギュラー	試合予定：	練習状況	週 日 1日 時間
・現在お一人暮らしですか？		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
・介護のサービスなどを受けていますか？		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
はいと答えられた方 介護度：		サービス内容：	

・女性の方のみご記入ください 妊娠中 ( ) 週 授乳中 ( ) 才 妊活中 閉経 ( ) 才

当院は診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めています  
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力お願いいたします  
※電子処方箋ご希望の場合は受付までお願いします

ご記入ありがとうございました