

問 診 票

令和 年 月 日

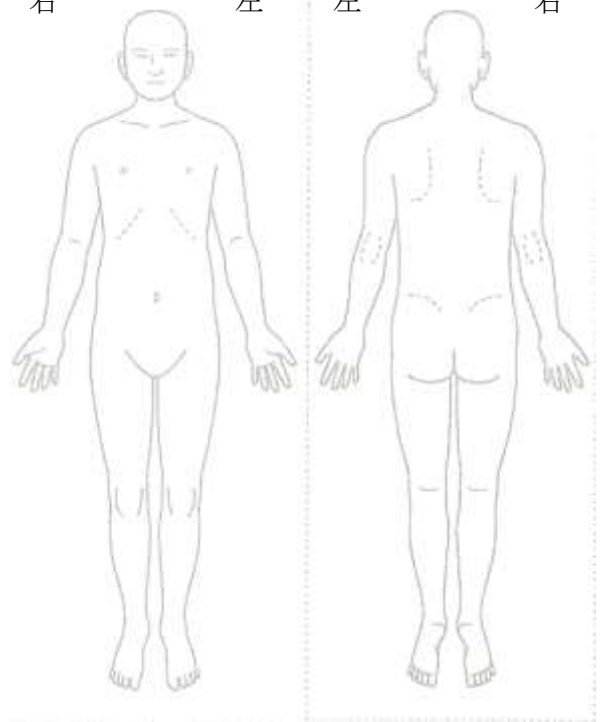
ふりがな		男・女	身長	cm	体重	kg
お名前			ご職業・学校名			
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( )才					
住所	〒					
電話番号		携帯電話				

1. いつ頃から症状がありますか？ スポーツ歴を教えてください 例：野球 高1 県ベスト8  
 ( ) ( )

2. どのような症状がありますか？ ▶ 症状のある場所に○をしてください

痛み・しびれ・違和感・動きが悪い・変形  
 その他 ( )

右 左 左 右



3. 原因はありますか？

転倒・ぶつけた・交通事故・原因不明  
 その他 ( )

4. 同じ症状で他院を受診しましたか？

いいえ・はい→医療機関名 ( )  
 ※紹介状 有・無 ※画像 CD-R・フィルム 有・無

5. 過去にかかった病気はありますか？

いいえ・はい ( )

6. 現在、服用（使用）しているお薬（内服・外用・注射）はありますか？

いいえ・はい（お薬の名前）

※お薬の名前が分かるもの（お薬手帳、お薬説明書など）をお持ちの方は、受付にご提示ください。

7. 現在治療中の病気はありますか？

いいえ・はい ( )

8. アレルギー（症状）の有無を確認します。あれば○、無ければ×をそれぞれ記載して下さい

薬 ( ) 食物 ( ) 花粉 ( ) 金属 ( ) その他 ( )

○の原因を具体的に教えてください [ ]

9. ペースメーカーが埋め込まれていますか？

いいえ・はい



女性の方へ 現在妊娠されていますか？ いいえ・はい（出産予定日 年 月 日）  
 授乳中ですか？ いいえ・はい

※裏面もあります。

記入が終わりましたら、受付までお持ちください。

10. マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？

いいえ ・ はい

11. この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか？

受けた時期（ ） 指摘事項（ ）

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をお願いいたします。

※記入が終わりましたら、受付までお持ちください。

慶友会 令和4年10月1日版