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	

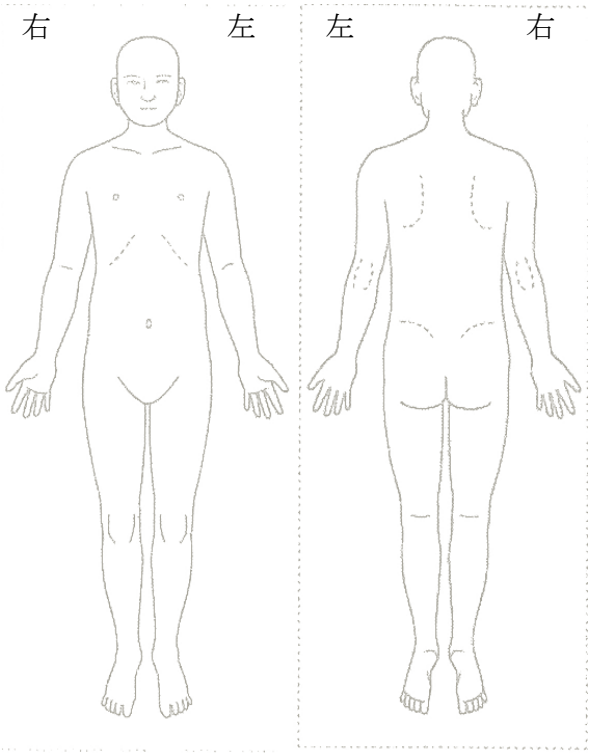
1. いつ頃から症状がありますか？　　スポーツ歴を教えて下さい　例：野球　高１　県ベスト８

（　　）　（　　）

2. どのような症状がありますか？ ⟶ 症状のある場所に〇をしてください

痛み・しびれ・違和感・動きが悪い・変形

その他（　　）



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。あれば〇、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（　　）

〇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

※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３年５月19日版