

問 診 票

記入日 令和 年 月 日

ふりがな

大正 昭和 平成 令和
年 月 日生 才

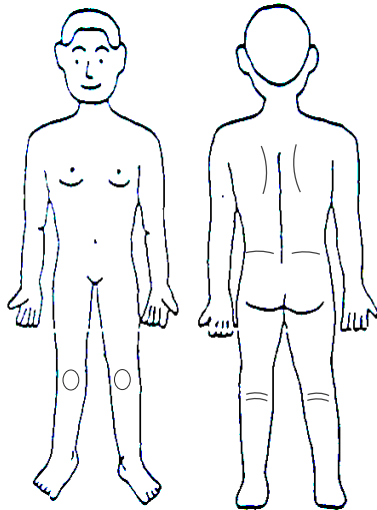
氏名

男
女

自宅 - -
携帯 - -

住所 〒 -

○ 症状のある部分に印をつけてください。



- ・ 痛む
- ・ 痺れている
- ・ 出血、キズ
- ・ はれている
- ・ 力が出ない
- ・ 内出血

◇ いつから症状がありますか？

◇ きっかけを必ずお書きください。

() 不明

◇ 工作中あるいは通勤中のけがですか？

はい いいえ

○ 内服中の薬はありますか。

はい いいえ

*「はい」の方はお薬手帳を出してください。

○ これまでに病気、手術はありますか。

はい いいえ

その病名は何ですか。

()

○ 感染症はありますか。

はい いいえ

B型肝炎 C型肝炎 その他 ()

○ 薬、注射などのアレルギーはありますか。

はい いいえ

薬剤は何ですか。 薬剤名 ()

○ 女性の方、妊娠中あるいは授乳中ですか？

はい (週) 授乳中 いいえ