

問 診 票

記入日 令和 年 月 日

ふりがな

氏名

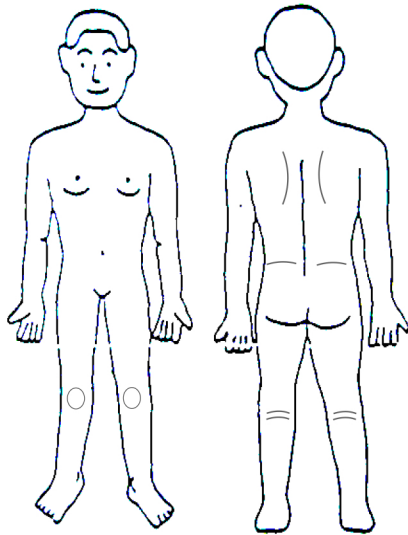
男
女

	大正	昭和	平成	令和
	年	年	月	日生
自宅			-	-
携帯			-	-

才

住所 〒 -

○ 症状のある部分に印をつけてください。



- ・ 痛む
- ・ しびれている
- ・ 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