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

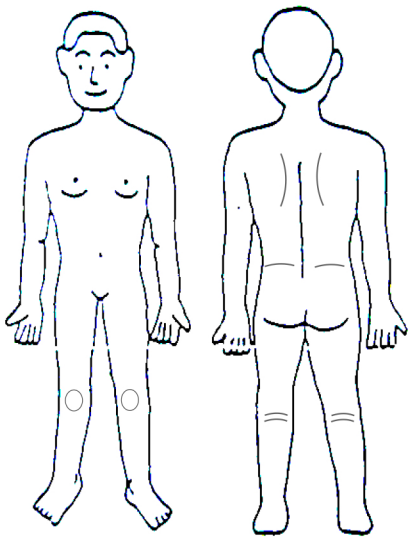
氏名　　男　女

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
- 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

◇　仕事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