

問 診 票

2026 年 月 日

ID:

フリガナ		性別	年齢
氏名		男・女	

1. どこが悪くて来院されましたか？具体的にお書きください。例）右膝の内側が歩行でズキズキ痛む。

2. いつ頃から、上記症状がありますか？また、きっかけはありますか？

3. （今回の病気・外傷について）今までの経過をご記入ください。

例）〇月〇日〇〇〇の痛みにて
〇〇病院受診する。
〇〇処方された。現在の症状。

4. （今回の病気・外傷にて）他の医療機関を受診しましたか？

☐いいえ ☐はい 病院名（ ） 紹介状（ 有 無 ）

5. 症状はどんな時に生じますか？

☐常時 ☐安静時 ☐夜間 ☐運動時 ☐その他（ ）

6. 現在治療中の病気はありますか？（過去に以下の病気を経験しましたか？）

☐ない
☐ある（病名をお書きください）
☐糖尿病 ☐心臓病 ☐脳卒中 ☐高血圧 ☐喘息 ☐胃潰瘍 ☐高脂血症 ☐腎不全
☐その他（ ）7. 現在、内服中のお薬はありますか？ お薬手帳 ☐ある ☐ない☐ない ☐ある（ ）

8. ご自身を含めて同居の家族人数と構成をお書き下さい。

合計 人（本人と ）

9. 女性の方へ

・現在、妊娠していますか？

☐いいえ ☐不明
☐はい（下記に出産予定日または妊娠週数をお書きください）
（出産予定日 年 月 日）（妊娠週数 週目）

・授乳中ですか？

☐いいえ ☐はい

10. 薬物・食物にアレルギーがありますか？

☐ない
☐ある（具体的にお書きください）
（ ）

11. 現在ないし最近までスポーツをされていましたか？

☐していない
☐おこなっている（具体的に内容・頻度をお書きください）
（・内容 ・頻度

12. マイナンバーカードの保険証利用による診療情報取得に同意しますか？

☐はい ☐いいえ

13. （12.で「いいえ」と答えた方）1年以内に特定健診及び高齢者健診を受診しましたか？

☐いいえ ☐はい（受診時期・指摘事項をお書きください）
（・受診時期 ・指摘事項

痛い部位を○、シビレを×、腫れを△で記載して下さい

右 左 左 右

