

問 診 票

フリガナ		性別	年齢
氏名		男・女	
職業 (例: 自動車整備 立っての作業)	お住まいの市町村		

2026年 月 日

受付時間: _____

ID: _____

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. 今回の病気・お怪我についてきっかけ、今までの経過をご記入ください。 例) ○月○日に○○病院受診し○○処方された。

きっかけは何でしたか?
↳ 転倒 スポーツ 交通事故 工作中 徐々に悪化 不明 その他 ()

3. 痛みの強さはどのくらいですか? 該当する箇所に○をつけてください。

0 (痛くない) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (非常に強い痛み)

夜間痛あり 安静時痛あり

4. (今回の病気・お怪我について) 他の医療機関からの紹介状はお持ちですか?

有 無

5. 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 (下記にチェックをしてください)

糖尿病 心臓病 高血圧 高脂血症 胃潰瘍 腎不全 癌 () 関節リウマチ

その他 ()

6. 現在、内服中のお薬はありますか? ある ない

7. 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)

8. 血縁者※の中に以下の疾患がある方は、該当する項目のチェックと括弧内に続柄の記載をお願いします。

※血縁者とは2親等 (両親・兄弟・祖父母) までです

癌 () 心疾患 () 脳卒中 () 関節リウマチ ()

9. 女性の方へ

・現在、妊娠していますか?

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

