外　来　問　診　票

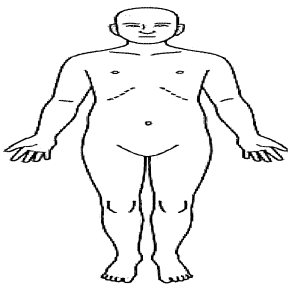
氏名(　　)　　年齢(　　)

① 今の症状をお聞きします。詳しくお答えください。

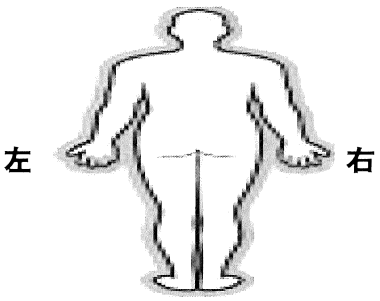
（例： 4月１日に、右足をひねった。）

本日診察してほしい場所を囲んでください。

前



後



（当院来院のきっかけ）

・ 平日午前中受診　可

② 当てはまる原因にチェックを付けてください。

☐ 交通事故　☐ 仕事中　☐ スポーツ　☐ 転倒・転落
☐ その他（　　）　☐ 不明

③ 今回の症状で他院にかかりましたか？　（ 有 ・ 無 ）

病院名	
いつ頃	
診断名	

④ 今までにかかった病気または現在治療中の病気はありますか ？　（ 有 ・ 無 ）

☐ 糖尿病　☐ 高血圧　☐ 貧血　☐ 泌尿器疾患
☐ 心疾患　☐ 脳疾患（　　）　☐ 呼吸器疾患（　　）
☐ 婦人科系疾患（　　）　☐ その他（　　）

⑤ 今までに手術を受けたことがありますか？（ 有 ・ 無 ）

（ 部位:　　いつ頃:　　）

⑥ 薬や食べ物でアレルギーはありますか？　（喘息・花粉・金属・他：　　）
薬　（ 有 ・ 無 ）　→　（　　）
食品　（ 有 ・ 無 ）　→　（　　）

⑦ 現在、飲んでいるお薬はありますか ？　（ 有 ・ 無 ）
下の（　）内に記入してください。またおくすり手帳をお持ちの方は、一緒に添えてください。

（　　）

⑧ 本日の交通手段に〇してください。

（自家用車（本人運転・家族運転）　バス　タクシー　他（　　）

⑨ 女性の方にお聞きします。現在、妊娠または授乳をしていますか ？（ 有 ・ 無 ）

問診は以上になります。ありがとうございました。