問　診　票

年　月　日

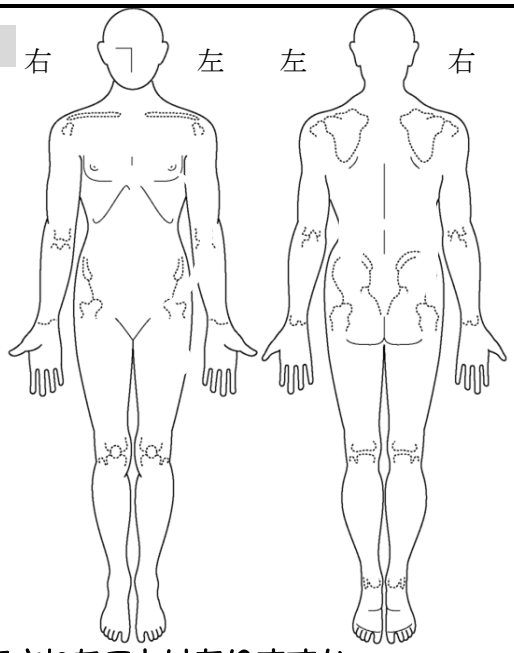
フリガナ		男・女	生年月日（大・昭・平・令） 年　月　日　才	職種 学年
氏名	様			
住所	〒		☎・携帯 緊急連絡先	体重　kg （18歳以下）

□ 介護認定は受けていますか　　要支援 ・ 要介護 ・ いいえ

□ 交通事故ですか　　いいえ ・ はい → 保険会社に連絡していますか　　いいえ ・ はい
□ 学校でのケガですか　いいえ ・ はい → スポーツ振興保険を使いますか　いいえ ・ はい
□ 労災ですか　　いいえ ・ はい → お仕事、通勤中のおけがですか　仕事中 ・ 通勤中
（注：労災は会社からの手続きの用紙が必要です）

＊途中からの変更はお受けできない場合があります。

1.どのような症状がありますか。　右の図に○をつけてください。



□痛い　□しびれてる　□腫れている　□その他

2.いつからですか。（　　）

3.原因と思われることはありますか。

いいえ
はい

4.今回の症状で他の医療機関に受診されましたか。

いいえ ・ はい（病院名　　）

5.現在治療中の病気はありますか。または過去に下記の病気をされたことはありますか。

いいえ
はい　喘息（　　）　高血圧症　心臓病　肝臓病　緑内障
糖尿病　高脂血症　腎臓病　胃潰瘍　その他（　　）

6.お薬は飲んでいますか。　※お薬手帳をお持ちの方は受付へご提示ください。

いいえ ・ はい（ 内容

7.今までに手術をされたことはありますか。　いいえ ・ はい（　　）

8.薬・注射・食べ物などでアレルギーやじんましん・気分が悪くなったことはありますか。

いいえ ・ はい（ 何で / 症状

9.女性の方へ　現在、妊娠または授乳をされていますか。　いいえ ・ はい（　　）

10.骨密度検査に興味がありますか。　はい ・ いいえ

11.マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか。　はい ・ いいえ

宮島整形外科クリニック