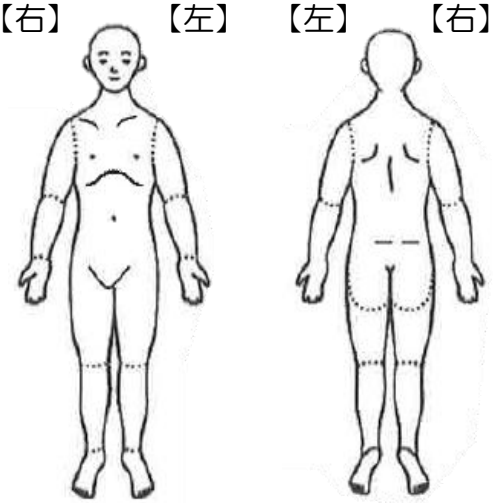
問　診　票

年　　月　　日

受診者氏名		男 ・ 女	年齢	歳
ふりがな	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年　月　日	
氏名				
住所　〒	電話	自宅　□ なし （　　）　　-		
		携帯　□ なし （　　）　　-		
身長　　cm	体重　　kg	職業		

1. どのような症状がありますか？

□ 痛い
□ しびれ
□ 違和感
□ その他
（　　）



※症状のある箇所を図を使って印をしてください

2. いつからですか？

□　　年　　月　　日
□ わからない

3. 症状が出たきっかけ・原因は何ですか？

□ 原因不明
□ 交通事故　　月　　日　　時　　分頃
□ 労災　（仕事中・通勤中）
□ スポーツ
□ 転倒
□ その他　　詳細

例：体育館で運動中に足首をひねった。

4. 今回の症状で他の医療機関を受診・治療されていますか？

□ なし　　□ ある　最終受診日　　年　　月　　日
□ 病院 ・ 医院　　病院名（　　）
□ 接骨院　・　針灸院　・　整骨院

【治療内容】

□ 特になし
□ お薬　お薬名（　　）
□ 注射　最終注射日（　　年　　月　　日）
□ リハビリ（電気など ・ 訓練）
□ 手術　日付　（　　年　　月　　日）
□ その他　（　　）

【検査】

□ レントゲン
□ MRI ・ CT（　　年　　月　　日）

※保険の関係上同月の撮影は
出来ない場合がございます。

5. 本日の受診の目的

□ 医師の判断に任せます
□ （レントゲン　・　MRI）希望
□ 診断書希望　（警察用 ・ 会社用）

※ 裏面もご記入ください

6. 現在服用中のお薬はありますか？

□ なし　□ あり　■ お薬持参　□ なし　□ あり

■ お薬手帳持参　□ なし　□ あり　□ アプリ使用

7. 治療歴 他の病院・医院で治療（内科を含む）をうけたことがありますか？

□ なし

□ あり
- □ 腎臓の病気　何歳頃（　）病院名（　）　病名（　）
- □ 心臓の病気　何歳頃（　）病院名（　）　病名（　）
- □ 脳血管障害　何歳頃（　）病院名（　）　病名（　）
- □ （　）型肝炎　何歳頃（　）病院名（　）
- □ 糖尿病　何歳頃（　）病院名（　）　HbA1c値（　）
- □ 結核　何歳頃（　）病院名（　）　病名（　）
- □ 高血圧　何歳頃（　）病院名（　）
- □ 痛風　何歳頃（　）病院名（　）
- □ リウマチ　何歳頃（　）病院名（　）
- □ 喘息　何歳頃（　）病院名（　）　最終発作（　）
- □ その他　何歳頃（　）病院名（　）　病名（　）

- □ 手術歴　何歳頃（　）病院名（　）　病名（　）

8. アレルギーがありますか？　□なし　□あり　（ アレルギーの種類 ：　）

9. 介護保険証をお持ちですか？　□はい　□いいえ

■利用（有・無）

10. オンライン資格確認の実施、および特定検診情報、薬剤情報、診療情報について医師が閲覧することに同意しますか？

□はい　□いいえ

オンライン資格確認とは、マイナンバーカードや健康保険証の番号などにより、
オンライン上で加入している医療保険の資格情報、診療・薬剤情報を確認することです。
マイナンバーカードをお持ちの方は健康保険証をご提示いただかなくても医療保険の資格確認がスムーズに行えます。

11. 今回治療するにあたり、どのように望まれますか？

□保険治療のみ

□自費治療でも構わない

12. ご希望のものにチェックを入れてください

□ 説明は短くて良いので、出来るだけ早く帰りたい

□ 時間がかかっても良いので、一日で出来る事をしてほしい

□ どちらでも構わない

13. 女性の方へ

現在妊娠中ですか？　□はい　□いいえ　□可能性あり

授乳中ですか？　□はい　□いいえ

女性ホルモン剤服用 ・貼用中ですか？　□はい　□いいえ

ご協力ありがとうございました。