

問診表

年 月 日

希望される受診科に <input checked="" type="checkbox"/> で記載してください		<input type="checkbox"/> 整形外科（労災・交通事故 含）			<input type="checkbox"/> 脳神経内科		<input type="checkbox"/> リハビリテーション科	
受診者	氏名	フリガナ	性別	年齢	大正・昭和・平成・令和（西暦 可）			
			男・女	歳	年	月	日	生
	住所	フリガナ						
		自宅TEL	（ ）	携帯TEL	（ ）	続柄	（ ）	
勤務先/職業 （学校）					身長：	cm		
					体重：	kg		

1	（マイナ保険証の方） マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？	はい・いいえ
2	今回の症状について ・ <u>いつから、どのような症状がありますか？</u> ・ <u>今回の症状でかかった病院はありますか？</u>	
3	治療中の病気はありますか？	
4	現在使用しているお薬はありますか？（内服薬、坐薬、ぬり薬、サプリメント等） * <u>お薬手帳をお持ちの方は受付にお渡してください。</u>	
5	今までにかかったことのある病気やケガ、手術はありますか？	
6	薬のアレルギーはありますか？（薬の名前や注射の名前など）	
7	妊娠していますか？またはその可能性がありますか？	はい・いいえ
8	現在、授乳中ですか？	はい・いいえ