

問 診 票

令和 年 月 日
内科(脳神経・糖尿病)
泌尿器科(腎臓)

ID:

フリガナ
氏名

男 女

大正・昭和・平成・令和 (西暦 年)

生年月日 年 月 日 年齢 歳

住所 〒

電話番号 () -

1. いつ頃からどんな症状がありますか？

↓こちらもご記入ください。

今までにかかった病気:	なし
才	
才	
才	
才	
才	

2. 1の症状で他の病院を受診されましたか？

アレルギー:	あり・なし
タバコ:	本/日
お酒:	日/週
(女性の方へ) 現在、妊娠・授乳はしていますか？ 妊娠: はい・いいえ 授乳: はい・いいえ	

3. 困ったこと、何か相談したいことがあればご記入ください。

こちらは記入不要 ↓

血圧:	/
脈拍:	回
身長:	cm
体重:	kg

4. この病院をどのようにお知りになりましたか？(○で囲って下さい。)

広告・電話帳・ホームページ・知人の紹介・その他()

問 診 票

ID:

令和 年 月 日

整形外科

フリガナ
氏名

男 女

大正・昭和・平成・令和（西暦 年）

生年月日

年 月 日

年齢

歳

住所

〒

電話番号

()

—

1. いつ頃からお困りですか
[]頃から

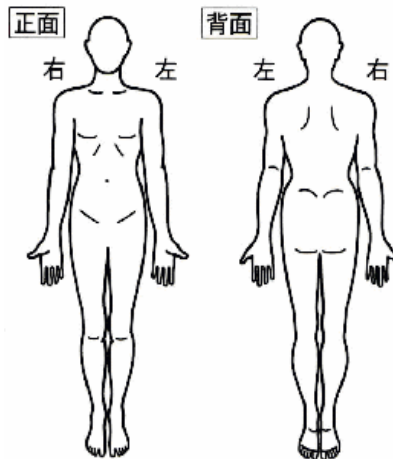
2. 発症原因に心当たりはありますか

- 特になし 交通事故 仕事や通学中の怪我
スポーツ 転倒した ひねった ぶつけた

3. 症状のある部位に○をつけてください

4. どのような症状ですか

- 痛い しびれる 腫れている
その他()



↓こちらもご記入ください。

今までにかかった病気: なし

才

才

才

才

才

アレルギー: あり・なし

タバコ: 本/日

お酒: 日/週

(女性の方へ)

現在、妊娠・授乳はしていますか?

妊娠: はい・いいえ

授乳: はい・いいえ

こちらは記入不要 ↓

血圧: /

脈拍: 回

身長: cm

体重: kg

7. この病院をどのようにお知りになりましたか?(○で囲って下さい。)

広告・電話帳・ホームページ・知人の紹介・その他()