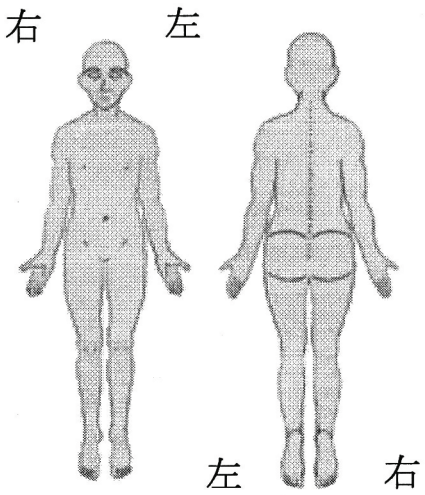
問　診　表

ＩＤ＿＿＿＿＿＿

平成　　年　　月　　日

フリガナ		性別	男・女	生年月日	明・大・昭・平 年　月　日 （　歳）
氏　名					
住　所	〒　－			電話番号	（　）　－
ご職業		身長	ｃｍ	体重	ｋｇ

＊以下の質問事項にお答えください。



1．いつからですか？

（　　）

2．どのような症状ですか？

（　　）

交通事故　・　通勤中のけが（労災）　・　仕事中のけが（労災）

（事故日または傷病日：　Ｈ　　年　　月　　日）

3．右の図の症状のある部位に○をつけてください。

4．入院・手術をしたことがありますか？

なし　・　ある　（入院：　　）（手術：　　）

5．現在、治療中の病気はありますか？

なし　・　ある　高血圧　・　糖尿病　・　心筋梗塞　・　狭心症　・　不整脈　・　結核

脳出血　・　脳梗塞　・　肝炎（＿＿＿＿型）　・　胆　石　・　悪性腫瘍

その他〔感染症〕（　　）

その他（　　）

6．かかりつけの医療機関はありますか？　なし　・　ある（医療機名：　　）

7．現在、服用しているお薬はありますか？　なし　・　ある（薬の名前：　　）

8．食物、お薬などでアレルギーはありますか？

なし　・　ある　食　物（　　）

お　薬（　　）

9．ペースメーカーは入っていますか？　なし　・　ある

10．インプラントは入っていますか？　なし　・　ある

11．心臓にステントは入っていますか？　なし　・　ある（あると答えた人いつですか？→　　）

12．体内に金属（ボルト・止め金・クリップ・プレートなど）は入っていますか？

なし　・　ある（あると答えた人どこに何が？→　　）

＊女性の方のみ＊

現在、授乳中または妊娠、妊娠している可能性はありますか？

いいえ　・　授乳中　・　妊娠中　・　妊娠の可能性あり

頭書き	問　診	会　計