

問診票

より適切な治療、より低いリスクのため、以下の質問に注意深くお答えください。

氏名(漢字/ローマ字) : _____

生年月日 : 西暦 _____ 年 ____ 月 ____ 日 年齢 : _____ 歳 性別 : 男 / 女

住所 : _____ PLZ _____

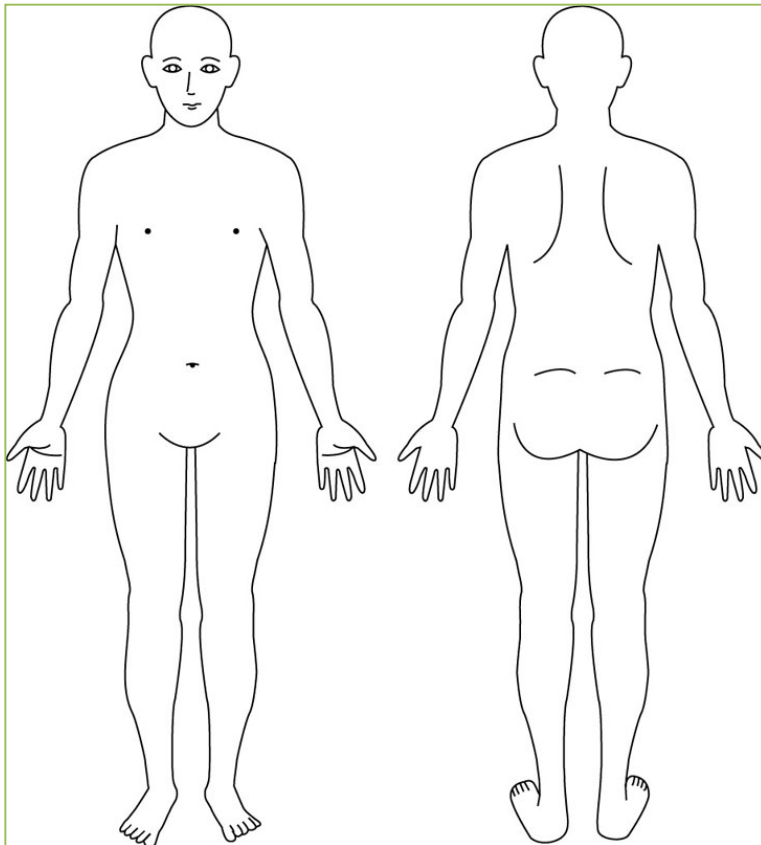
電話番号 : _____ E-Mail : _____

健康保険(会社名・会社番号・保険番号) : _____

職業 : _____ (大まかな職種・労働内容でも構いません)

現在お困りの症状・病気 : _____

既にくだされている診断・利用中の治療・服用薬・病院名など : _____



症状に関する詳しい情報

部位 : _____

症状の強さ (10段階評価)

症状に関する補足説明 :
(発症時期、形容、変動など)

その他、問診事項（以下、分かる範囲で結構ですので、ご記入ください。）

身長：_____cm 体重：_____kg

腰・左右膝・左右肘サイズ：_____cm/_____cm/_____cm

血圧・脈拍：_____ 体温：_____

怪我・病歴・手術歴：_____

飲食・排泄・呼吸・睡眠に関する異常：_____

婦人科系の病歴聴取(生理異常・出産経験・妊娠中か否か)：_____

精神的・社会的な病歴聴取：_____

アレルギーの有無：_____

薬歴：_____
(アルコール・タバコ・薬物・避妊薬・精神剤・睡眠薬・サプリメントなど)

特定の感染症の病歴（肝炎・結核・エイズなど）：_____

最近6カ月以内の旅行・国外渡航歴：_____

家族の病歴：_____
(癌・膠原病・喘息・アトピー・精神疾患など)

備考欄：こちらの欄は職員が記入いたします。

診断（ICD10）、救急・悪性疾患が疑われる身体所見など