

診察申込書 兼 問診票

No. _____

記入日：20 年 月 日

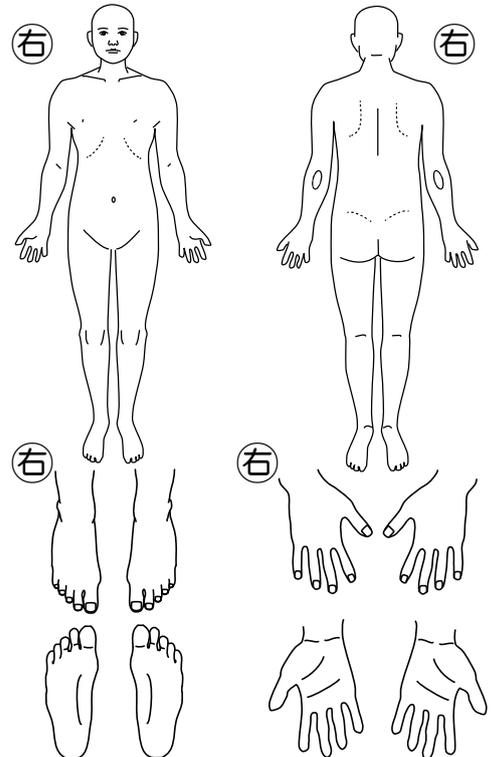
ふりがな		男	生 年 月 日	
氏 名		女	大・昭・平・令 年 月 日	
現住所	(〒 -) <input type="checkbox"/> 港南区笹下 <input type="checkbox"/> 磯子区 <input type="checkbox"/> 横浜市 <input type="checkbox"/> その他	携帯電話	-	-
		電話番号	()	()

次の項目を読み、該当する口に✓印をつけてください。

- 本日、発熱やかぜ症状はありますか。 ない ある 普段の体温 (°C)
- 身長 (cm) ●体重 (kg) ●職業 ()
- 学生 小学生 中学生 高校生 大学生 専門学校生 (年生)
- 同伴者のいらっしゃる方は続柄をご記入ください ()
- どのような症状ですか。 (例) 右肩が痛い

痛みのある方は該当する口に✓印をつけてください。

- じっとしている時も痛みがありますか。 ない ある
- 痛みで眠れないことがありますか。 ない ある
- 症状のでているところはどこですか。
右の図に○をつけてください。
- 症状がでた(受傷)日はいつですか。
 (年 月 日)
 () 週間前 () か月前 () 年前
- 原因はありますか。
 わからない スポーツ中
 その他 ()
 工作中・通勤中のけが 学校内・通学中のけが
 交通事故(事故日 年 月 日)



裏面もご記入ください。

●経過を簡単に教えてください。

●上記のことで治療を受けたことはありますか。

ない ある（施設名 _____）

●本日の受診目的を教えてください。

●これまでに診断を受けたことがありますか。

特になし 心疾患 脳血管疾患 がん 気管支喘息 糖尿病
 脂質異常症（高脂血症） その他（ _____ ）

●現在飲んでいるお薬はありますか。 ない ある

●手術を受けたことがありますか。 ない 当院で受けた 他院で受けた

●お薬によって体調が悪くなったことがありますか。

ない
 ある ※後ほど詳細をお伺いします。

●アレルギーをおこしたことがありますか。（例：食品・金属・絆創膏・ラテックス・消毒薬）

ない
 ある

女性の方のみ、該当する口に✓印をつけてください。

●妊娠の可能性がありますか。 ない ある

●授乳中ですか。 いいえ はい

●本日、診療に関わるものをお持ちですか。

診療情報提供書（紹介状） レントゲンやMRIなどの画像 のんでいるお薬やお薬手帳
 その他（ _____ ）

●何かスポーツをしていますか。

スポーツ名（ _____ ） 所属チームまたは学校名（ _____ ）
ポジション／種目（ _____ ）
競技レベル（ 部活動 健康作り 趣味 クラブチーム プロ ）