Webダウンロード用

問 診 票

ID

紹介状・CD　あり ・ なし

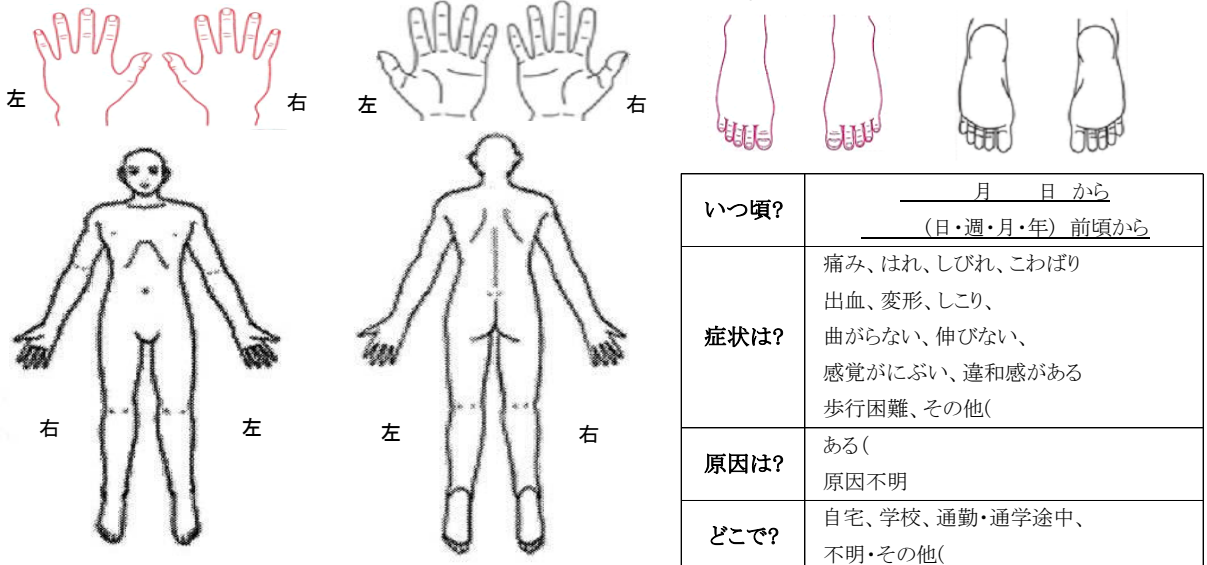
フリガナ		性別	生 年 月 日	年齢	身長	体重
お名前		男・女	明治 大正 昭和 平成　年　月　日			
住所	〒 横須賀市		自宅　－　－ 携帯　－　－			

*マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか？　はい　いいえ

*保険証資格確認の際限度額も確認することに同意されますか？　はい　いいえ

*医療証お持ちの方、領収、明細書ご入り用でしょうか？　はい　いいえ

診察希望の部位に〇をしてください。



いつ頃?	月　日 から （日・週・月・年）前頃から
症状は?	痛み、はれ、しびれ、こわばり 出血、変形、しこり、 曲がらない、伸びない、 感覚がにぶい、違和感がある 歩行困難、その他(
原因は?	ある(原因不明
どこで?	自宅、学校、通勤・通学途中、 不明・その他(

今回の症状で他の医療機関にかかりましたか?	なし・あり	医療機関名（
現在、治療中の病気・ケガはありますか?	なし・あり	（ 内・外・眼・耳鼻・皮膚・脳外・産婦人 ）科 その他(
現在、飲んでいるお薬はありますか?	なし・あり	お薬名(
過去に病気やケガで入院または手術をしたことはありますか?	なし・あり	病名(　　）　年前 病名(　　）　年前
薬・注射で副作用や食べ物で、アレルギーが出たことはありますか?	なし・あり	お薬名(食べ物(
女性の方にお伺いします。現在妊娠の可能性はありますか?	なし・あり	
具体的な仕事内容等をお聞かせください。	家事、 デスクワーク、 立ち仕事、 肉体労働、 学生 その他(	
当院をどのように、お知りになりましたか?	受診歴あり、近所、看板、広告、ホームページ、インターネット 知人からの紹介、家族受診、その他	

*ご家族様、ご親族様等にご病状等ご説明してもよろしいでしょうか？　はい　いいえ