

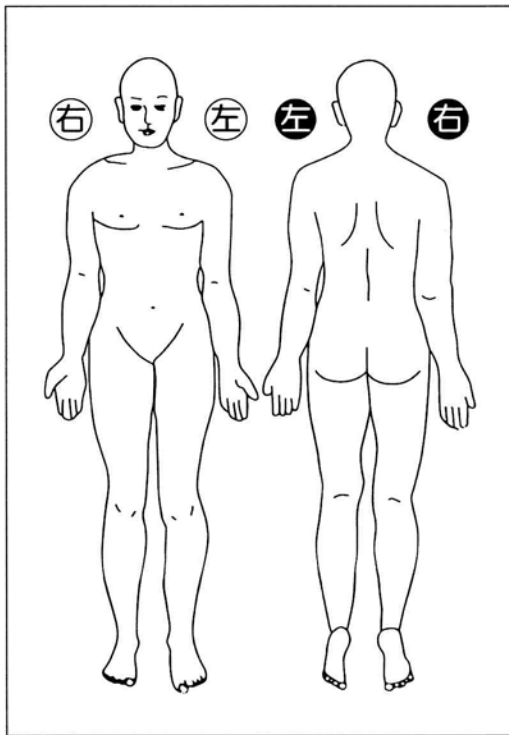
# 問 診 票

記入年月日 年 月 日

ふりがな		生年月日			
氏名	男 女	大正	昭和 年	平成 月	令和 日 (才)
住所	〒	(	)	-	-
緊急時 連絡先		ご関係 (	)	-	

☆ お仕事中のケガ、通勤途上のケガは、健康保険証での受診はできません。

(1) どうされましたか？(痛いところ、しびれるところ、気になるところ)  
診察を受けられる部位に○をつけ、症状をお書き下さい。



(2) いつ頃からですか？ ( )

(3) 思い当たるきっかけはありますか？

特にない ・ 交通事故 ・ 仕事のケガ ・ 学校のケガ  
その他 ⇒ 保険証が使えません

(4) これまでに薬や注射でショック症状や、アレルギーを起こしたことは？

ない

ある (局所麻酔・ピリン・ペニシリン・造影剤・その他)

(5) 今までにかかった病気や受けた手術はありますか？

高血圧・喘息・心臓病・糖尿病・胃潰瘍・逆流性食道炎  
緑内障・肝炎・ペースメーカー・脳疾患  
人工関節・金属が体内に入っている

(6) 女性の方 現在妊娠中または、妊娠の可能性はありますか？ はい・いいえ  
授乳中ですか？ はい・いいえ

(7) 現在服用中の薬はありますか？

薬品名 ( )

(8) 現在かかっている病院はありますか？

病院名 ( )

明細書の発行を希望しますか？ はい・いいえ