

# 問診表

ID \_\_\_\_\_

フリガナ	男	生年月日			歳
氏名	女	西暦	年	月	
連絡先	—	緊急連絡先	—	—	続柄：
住所 〒	—				
職業：	立ち仕事( )時間	・事務	・機械操作	・ドライバー	・その他( )
学生(小・中・高・大	年)				
スポーツ：	歴( )年 週( )回				

【1】 どの部位に症状がありますか？当てはまる場所を以下の図に○で囲んで下さい。

どのような症状ですか？

痛い しびれ 腫れ

その他( )

【2】いつからですか？( )

【3】原因はありますか？

( )

●交通事故や仕事でのケガの場合、  
労災または自賠責を使用されますか？

労災 自賠責(交通事故) いいえ

●学校でのケガの場合、スポーツ振興を使用されますか？ はい(医療証使用不可) いいえ

【4】 次の病気にかかったことがありますか？もしくは手術を受けたことがありますか？

高血圧 糖尿病 胃十二指腸潰瘍 リウマチ 肝臓病 腎臓病  
肺炎 ぜんそく 結核 がん( ) その他( )  
手術歴( ) なし

【5】 これまでにお薬で副作用が出たことがありますか？

ある(薬の名前： ) なし

【6】 アレルギーはありますか？

ある( ) なし

【7】 女性の方にお伺いします。

\*現在、妊娠していますか？ している していない わからない

\*現在、授乳中ですか？ している していない

ありがとうございました