

ID No.

# 問 診 書

記入日 年 月 日

ふりがな

名 前 \_\_\_\_\_ 性別 男/女 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_ 職業 \_\_\_\_\_

ご住所（市町村まで記入） \_\_\_\_\_ 生年月日 昭・平 \_\_\_\_\_ 年 月 日

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 血液型 \_\_\_\_\_ 型 \_\_\_\_\_ 既婚/未婚

## ※太枠内をご記入ください※

次の質問にお答え下さい。（該当する箇所に✓を入れてください）

1. 当センターをどのようにしてお知りになりましたか？（紹介の場合は紹介者氏名）

2. 今現在具合の悪いところをお書き下さい。（主訴）

3. どういう状態の時に症状が悪くなりますか？

4. 今回の症状が以前にもありましたか？ はい□（ 年 月頃） いいえ□

5. 今回のこの症状を他で診てもらいましたか？ はい□（ 科） いいえ□

6. 最近かかった病気はありますか？（種類、いつ頃、状態）

7. 嗜好品はありますか？ たばこ□ 酒□ コーヒー□ その他□

8. 現在使用している薬はありますか？ 精神安定剤□ 鎮痛剤□ 筋弛緩剤□ 経口避妊薬□ インスリン□  
サプリメント（健康補助食品）□ その他□

9. 家族の健康状態（ご血縁の方）

10. 最近受けた健康診断の結果に異常はありますか？

11. 過去に経験のある事項はありますか？ 交通事故□ 骨折□ 転落事故□ 手術□

その内容

12. 下記事項の内、過去に経験のあるものには〔✓〕 現在かかっているものには下線を引いて下さい。

- |           |           |           |           |           |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 〔 〕 麻 疹   | 〔 〕 腹膜炎   | 〔 〕 腎臓病   | 〔 〕 頭 痛   | 〔 〕 下 痢   |
| 〔 〕 風 疹   | 〔 〕 胸膜炎   | 〔 〕 膵臓病   | 〔 〕 頭 重   | 〔 〕 便 秘   |
| 〔 〕 耳下腺炎  | 〔 〕 肋膜炎   | 〔 〕 肝臓病   | 〔 〕 肩こり   | 〔 〕 梅 毒   |
| 〔 〕 百日咳   | 〔 〕 気管支炎  | 〔 〕 胃腸病   | 〔 〕 アレルギー | 〔 〕 淋 病   |
| 〔 〕 ジフテリア | 〔 〕 喘 息   | 〔 〕 貧 血   | 〔 〕 めまい   | 〔 〕 記憶力減退 |
| 〔 〕 破傷風   | 〔 〕 扁桃炎   | 〔 〕 高血圧   | 〔 〕 不眠症   | 〔 〕 思考力減退 |
| 〔 〕 小児マヒ  | 〔 〕 副鼻腔炎  | 〔 〕 糖尿病   | 〔 〕 背部痛   | 〔 〕 耳鳴り   |
| 〔 〕 結 核   | 〔 〕 悪性新生物 | 〔 〕 婦人科疾患 | 〔 〕 腰 痛   | 〔 〕 坐骨神経痛 |
| 〔 〕 肺 炎   | 〔 〕 心臓病   | 〔 〕 生理痛   | 〔 〕 過 労   | 〔 〕 関節痛   |