

# 問診表

年 月 日

フリガナ			該当の場合は○を
氏名			交通事故 労災
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年 月 日	年齢 歳
住所	〒 ←郵便番号を入れてください		電話番号（自宅・携帯）
			連絡先（続柄）
来院のきっかけ	ご紹介（ ） /ホームページ/Eパーク/看板を見て		

◇ 本日はどのような症状で来院されましたか。（当てはまる物に○をつけて下さい）

頭痛 めまい 物忘れ しびれ（部位： ）

医師の指示による定期検査 打撲・外傷（部位： ）

その他（ ）

◇ それはいつからですか？

◇ 今までにかかった病気、又は現在治療中の病気はありますか。

なし ・ あり（病名： ）

◇ 嗜好についてお尋ねします。

①煙草 : 吸わない ・ 時々 ・ 毎日      ②お酒 : 飲まない ・ 時々 ・ 毎日

◇ アレルギーはありますか。

なし ・ あり（卵 ・ 花粉症 ・ 薬 ・ その他）

詳細： \_\_\_\_\_

◇ 現在服用中のお薬はありますか。

なし ・ あり

詳細： \_\_\_\_\_

※お薬手帳をお持ちの方はお出し下さい。無い方は詳細欄にご記入下さい。