

# 問診票

令和 年 月 日

ふりがな	発券番号	職業	生年月日
お名前 男 女			T・S 年 月 日 H・R
電話 自宅 携帯	住所 〒	-	
マイナ保険証による診療情報取得に 同意します・同意しません			紹介状 あり・なし

警視庁警察学校生 第 ( ) 期 ( ) 教場 卒業予定 ( 年 月 日 )

初任・初補 ( ) 署・大学校 ( ) 警

## ■ 今日どのような症状ですか？

☒に印(×△□)を  
付けて下さい。

- ×…痛いところ
- △…しびれるところ
- …はれているところ

## ■ 交通事故ですか？

いいえ・はい (事故日: 月 日 時頃)

ご自身 (車・バイク・自転車・徒歩)

(被害者・同乗者・加害者)

お相手 (車・バイク・自転車・徒歩・なし)

## ■ 労災ですか？

いいえ・はい

## ■ 症状はいつからですか？

## ■ 原因はありますか？

## ■ この症状で既に他で受診しましたか？

いいえ・はい (病院名: )

## ■ アレルギー (薬剤・食物等) はありますか？

いいえ・はい ( )

## ■ ペースメーカーや体に金属は入っていますか？

いいえ・はい ( )

## ■ 現在ご加療中の病気、現在服用しているお薬があれば教えてください (お薬手帳があればご提示下さい)

心疾患・糖尿病・高血圧・腎臓病・肝臓病・気管支喘息・脳疾患・その他 ( )

→ (HbA1c= )

お薬の名前 ( )

## ■ 今までに大きな病気や手術をしたことがありますか？

いいえ・はい (病名: 時期: )

## ■ 女性の方へ ※以下「はい」とお答えの方は、必ず、受付・看護師・医師にお伝え下さい。

現在妊娠している可能性はありますか？ はい(出産予定日: 年 月 日)・いいえ・不明

現在授乳中ですか？ はい・いいえ

中島整形外科医院

