

梅の宮医院 問診票

No. _____

令和 年 月 日

フリガナ	性別	生年月日	年齢	職業
お名前	男 女	大・昭・平・令 年 月 日	歳	
(〒 -) ご住所	Tel (- -)			

1. どのような症状ですか？

痛い しびれる 動きにくい 腫れている 傷がある やけど

その他 (_____)

2. いつ頃から症状が出てきていますか？(具体的に)

____月 ____日 ____日前 ____週間前 ____カ月前 ____年前

3. 症状が出たきっかけは何ですか？

転 倒 落ちた ぶつけた ひねった 運動中 切った はさんだ

交通事故 仕事中 原因不明 その他 (_____)

4. 今回の症状で他の医療機関を受診・治療していますか？

いいえ はい (医療機関名 _____)

5. 現在治療中の病気はありますか？

※診察を希望する部位に○で印をつけて下さい。

いいえ はい (_____)

6. 今までに手術を受けことはありますか？

いいえ はい (_____)

7. アレルギーはありますか？

いいえ はい 食物・薬剤・花粉症・湿布かぶれ
(_____)

8. 現在お薬を飲んでいますか？

いいえ はい (_____)

※お薬手帳をお持ちの方はお出し下さい

9. 現在妊娠していますか？(女性のみ)

いいえ はい (____カ月)

The diagram consists of a large rectangular box containing several line drawings of human body parts. At the top, there are two full-body outlines: one facing forward (front view) and one facing backward (back view). To the left of the front view is the label '右' (Right), and to the right of the back view is the label '右' (Right). Below these are four smaller drawings: two feet (one left, one right) and two hands (one left, one right). Each of these smaller drawings is also labeled with '右' (Right) or '左' (Left) to indicate the specific side of the body.