

# 【問診票（症状の経過と追加部位用）】

ID \_\_\_\_\_

日付 \_\_\_\_\_

ふりがな	旧姓（以前と変更のある方）		生年月日
氏名			大・昭・平・令 年 月 日
住所	(変更のある方) 〒 _____	電話 (変更のある方)	
		携帯 (変更のある方)	

※右図に ・前回診察を受けた部位 ・前回の問診で答えたが診察を受けていない部位 ・追加（新規・再発）部位  
すべてに○してください。そして、前回主に診察した部位に①、以後お困りの順番に番号をつけて下さい（②～）。その後、左欄に経過をご記入ください。追加部位がある場合には、その下の欄にご記入ください。（1カ所のみ）

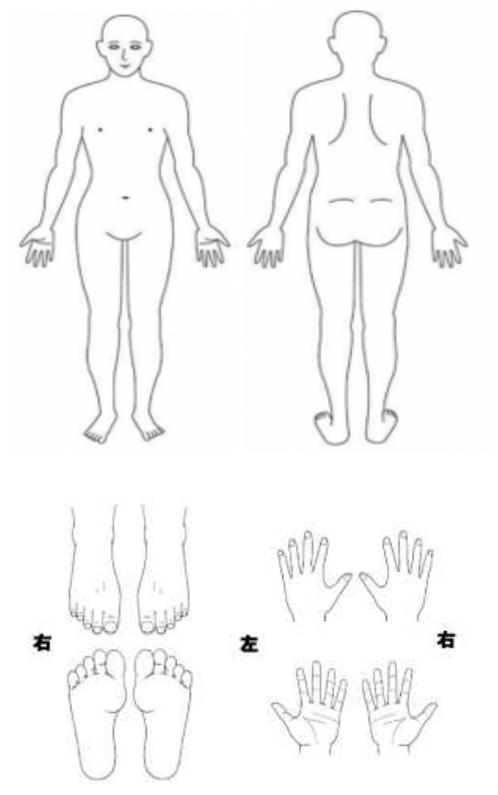
①の経過は？ (○をして下さい。必要であれば、ご自由にご記入ください。)

悪くなっている 変わらず困っている 良くなっている 良

くなったり悪くなったりしている 変わらずあまり困らない

治った 自由記載：

**症状のある部位に○**  
(前回主に診察した部位に①、以後はお困り順に②、③・・・と付記して下さい。)



②～の経過は？ (経過を順番に箇条書きでご記入ください)

(②注射で良くなってきているが、長いキョリを歩くと少し痛い等)

-----

-----

-----

-----

-----

( ) 追加部位と症状 (右おしり～足指までの痛みしびれ等)

いつ頃からですか (5/10から等)

原因は？ (重量物を持った等)

どんな時に症状が出たり、強くなりますか  
(常時、10分歩くと歩けなくなる等)

他院で**新規**の病気・手術、妊娠、内服薬の変更などがあった方はご記入ください。

経過 詳細に (鎮痛剤で様子を見ていたが、さらに悪くなってきた等)

-----

-----

本日必要なお薬は？ 該当するものを○してください。その他の方や詳細・数量がお分かりの方は、空欄にご記入ください。

・前回と同じ薬を希望

・一部の薬のみの方 →種類を○して下さい： シップ 痛み止め 骨の薬 塗り薬  
リウマチ薬 痛風薬 漢方 水虫薬 坐薬

【その他の薬や数量】