問診票（18 歳以下）

記入日　　年　　月　　日

ふりがな　　生年月日　平成・令和　　年　　月　　日

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　男・女　　年齢　　歳　　ヶ月

〒

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先　①＿＿＿＿＿＿父・母・その他（　　）　連絡先　②＿＿＿＿＿＿父・母・その他（　　）

体重＿＿＿＿＿＿kg　　身長＿＿＿＿＿＿cm　　（今朝の体温＿＿＿＿＿＿℃）

☐ 保育所　☐ 幼稚園　☐ 小学校　☐ 中学校　☐ 高校　☐ その他（　　）

薬・食物アレルギー＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

過去に大きな病気や手術、通院中の病気はありますか？

現在飲まれている薬はありますか？

ご家族の既往歴

① 本日の受診目的・症状を下記から選択してください。

どの部位を？　（右図に○印をご記入ください）

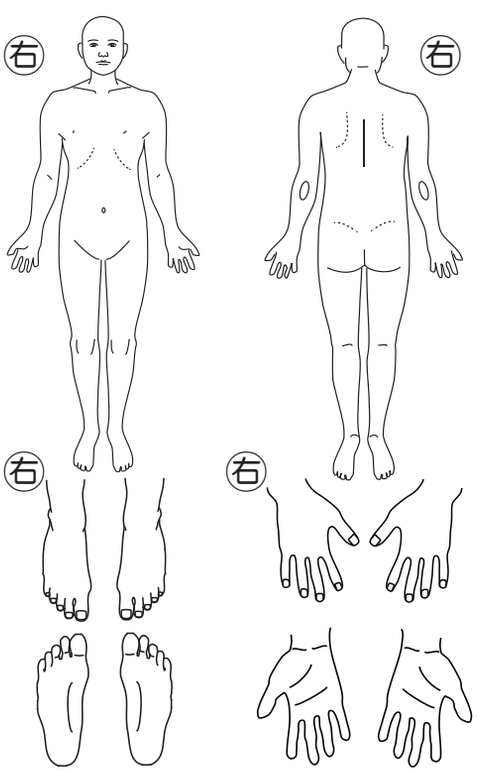
☐ 外傷・ケガ　　※いつどのような状況でケガしましたか？

☐ 痛み　　きっかけが分かればお書きください。

☐ 学校・他院検診の二次検診（内容：　　）

☐ わからない　　※痛みの有無：　有・無

☐ その他（例：歩き方が気になる等）



＜裏面もご記入ください。＞

② 外傷・ケガ、痛みの場合

ア ケガはいつ（頃）ですか？もしくは症状はいつ頃からありますか？

イ ケガはどこでしましたか？　学校・通学中・自宅・その他（　　）

③ この症状に関して、検査や治療をうけたことがありますか？

☐ はい（　　病院・医院・接骨院で）

（検査・手術・注射・処方・マッサージ・その他　内容：　　）

☐ いいえ

④ 何かスポーツをしていますか。

スポーツ名（　　）

所属チーム・学校のクラブ・習い事・その他（　　）

ポジション／種目（　　）

⑤ 女性の方のみ、お答えください

妊娠の可能性はありますか　☐ ない　☐ ある

授乳中ですか　☐ いいえ　☐ はい

⑥ その他、診療に関して、ご希望等ありましたら、お書きください。