

問診票

記入日	平成 年 月 日		
ふりがな		緊急連絡先	氏名
氏名			電話番号
生年月日		性別	かかりつけ医

既往歴

疾患名	発症日	備考	疾患名	発症日	備考
心臓病 詳しく			てんかん		
気管支喘息			脳震盪		
貧血					
その他 チームが留意すべきものがあれば全てお書きください。					

アレルギー

アレルギー	服用している薬	対処方法	アレルギー	服用している薬	対処方法

その他、服用している薬

薬の名称	用途	薬の名称	用途

ケガの履歴

部位	種類	受傷日	部位	種類	受傷日
右・左			右・左		
備考					

現在のケガ

部位	種類	受傷日	部位	種類	受傷日
右・左			右・左		
備考					

ケガではないけれど、違和感や気になる点がありましたらお書きください。