

問診表

年 月 日

フリガナ 氏名		生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	
			性別	男・女	
住所	〒	— 都道 市区	身長・体重	身長:	cm 体重: k g
		— 府県 町村			
電話番号	— —	携帯電話	— —	ID	

◎今回ご来院の症状以外に治療中の病気、持病などありましたら点でご記入ください

- 糖尿病 関節リウマチ 高血圧 高脂血症 心疾患 閉塞性動脈硬化症（末梢動脈疾患） 脳卒中
 膝部疾患 腰部疾患 緑内障 　　その他：（ご記入欄： _____）

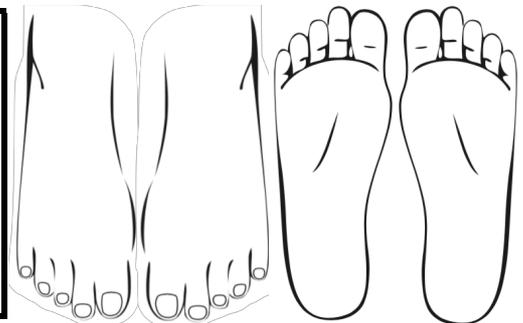
◎服用されている薬があれば教えてください

ご記入欄： _____

◎お薬を使って具合が悪くなったことはありますか？ あり・なし 薬剤名(_____)

◎どんな症状か、症状の種類をお教えてください。右図に症状のある部位に○を記載して下さい。

症状：（できるだけ詳しくご記入ください）



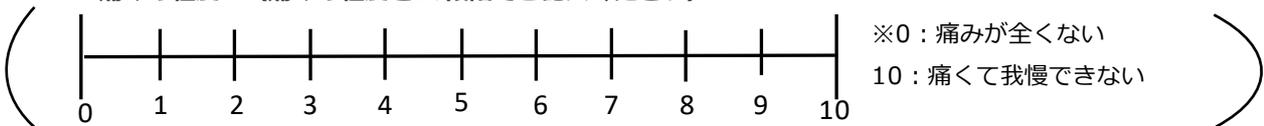
右足甲 左足甲 右足裏 左足裏
年 カ月前から

◎症状はいつからですか？ ※お分りの範囲でお願いいたします。

- ◎きっかけはありますか？ あり → 詳細： _____
 なし

↓ 症状が痛みの場合、下記を記載して下さい 記入例

痛みの程度：（痛みの程度を10段階でご記入ください）



◎どんな時に症状がありますか？

- 歩いている時 立っている時 座っている時 安静時 常時 歩きだす時 歩いたあと
 その他（ご記入欄： _____）

◎ご職業の記入をお願いします(任意) _____

◎生活習慣： ■たばこ 本/1日 喫煙年数 年 ◎ 1日の歩行時間 約 時間

◎普段の靴について： ※普段一番履かれている靴をお教えてください

- スニーカー 革靴 ヒール(4cm未満 4cm以上) サングル その他： _____

◎何か運動やスポーツをされていますか？ 種目： _____ 頻度・時間： _____ 日/週、 分くらい

◎この症状について他の病院で受診されたことはありますか？ ※お分りの範囲でご記入ください。

いつ： 年 月 日頃 病院名： _____

治療内容： _____

※女性の方へのご質問です。 現在、妊娠の可能性はございますか はい いいえ

◎今後の医学の発展のため診療時の検査データなどを学会などで使用させて頂く場合がございます。

個人情報保護に留意した上で使用させていただきますが、同意を得られない場合は右欄に○でチェックをお願いします⇒ 同意しない