

問 診 票

西暦 年 月 日

ID:

フリガナ		職 業 〈学年〉	
氏 名	男・女	勤務先 (学校名 部 活)	
生年月日	明 昭 大 平 年 月 日生(才)		
郵便番号	〒 -	ペースメーカー	あり・なし
住 所		体内に金属	あり・なし
TEL () -		介護保険利用	あり・なし
携帯電話 () -		身体障害者手帳	あり・なし
		身長	cm 体重 kg

下記のご質問にお答え下さい。

1. どのような症状で来院されましたか？

- 痛み しびれる 張り 腫れ 動かみにくい 傷
 その他()

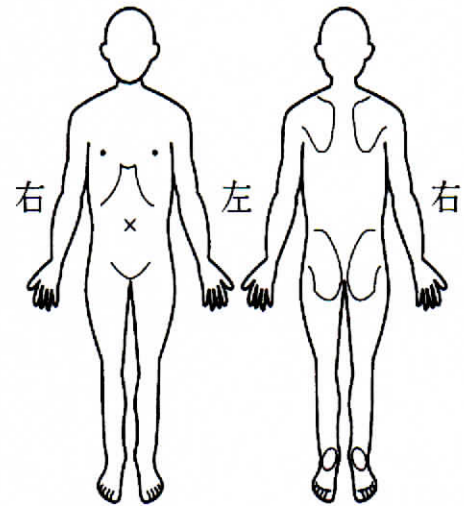
2. いつ頃から症状は出てきましたか？

_____ 頃から

3. 症状のある部位を右の図で示して下さい。

また、症状のある部位をご記入ください。

右・左の _____



4. 症状が出たきっかけ・原因は何ですか？

- 転倒 スポーツ 工作中 交通事故
 その他() 特に原因なし

5. 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 ()
 治療内容 お薬 注射 リハビリ その他

6. 現在治療中の病気はありますか？

- いいえ はい
 喘息 高血圧 糖尿病 心臓病 脳梗塞 腎臓病 肝臓病 胃潰瘍
 前立腺肥大 緑内障 その他()

7. 現在お薬を飲んでいますか？

- いいえ はい 服用中のお薬()

8. お薬手帳をお持ちですか？

- いいえ はい

9. 過去にけがや病気で治療や手術を受けた事がありますか？

- 特になし はい 病名・手術名() 手術年月: ()

10. 薬や食べ物でアレルギーはありますか？

- いいえ はい 薬()・食べ物()

11. 女性の方のみお答え下さい。

妊娠中または妊娠の可能性はありますか？

- いいえ はい

授乳中ですか？

- いいえ はい

12. (当院が初めての方にお聞きます) 当院をどのようにしてお知りになりましたか。

- 1) 知人の紹介 2) 病院の紹介 3) 通りがかり 4) インターネット 5) チラシ広告 6) 看板 7) その他()

★診療についてご希望がありましたらチェックしてください。

- 内服薬 外用薬(湿布等) 注射 リハビリ
 レントゲン 骨密度検査 採血 MRI

上記治療・検査は医師の診断のもとに行いますので患者様の病態によってはご希望に添えない場合もございますのでご了承ください。

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出願います。