問 診 票

ID

紹介状　　あり ・ なし
持参フィルム　あり ・ なし

フリガナ		男・女	年齢		生年月日	平成 昭和 大正	年　月　日
氏名							
住所	〒　　－					電話番号	(　　)　　―

1. いつごろから、どのような症状でお困りですか？

◆症状のある部位に○をつけて下さい。

・ いつごろ(　　)

・ 症状は？

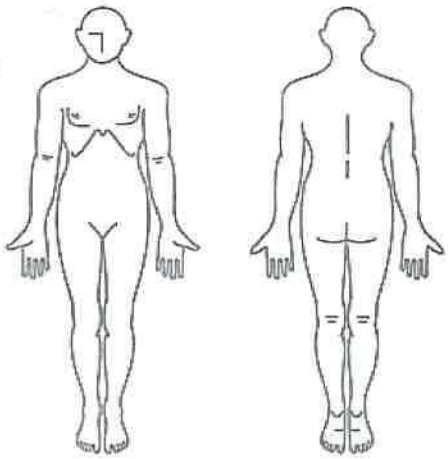
痛み　・　変形　・　腫れ　・　しびれ

その他　(　　)

・ きっかけ、原因はありますか？

交通事故　・　学校でのけが　・　スポーツ

仕事中、通勤中のけが　・　その他(　　)



2. 現在あるいは過去に、この症状で治療を受けていますか？　身長(約　　cm)・体重(約　　kg)

いいえ　　はい　(　　)

3. 現在治療中、又は過去に怪我や病気で手術、治療を受けたことがありますか？

いいえ　　はい

年　病名:(　　)　手術・治療(　　)
年　病名:(　　)　手術・治療(　　)
年　病名:(　　)　手術・治療(　　)

4. 現在服用しているお薬はありますか？(お薬手帳があればご提示下さい)

いいえ　　はい　(　　)

5. いままでに薬や食品・ゴム手袋・金属などでアレルギーを起こしたことがありますか？

いいえ　　はい　(　お薬・食べ物などの名前　　)

6. いままでに麻酔などでアレルギーを起こしたことがありますか？

いいえ　　はい　(　　)

7. 女性の方へ

現在妊娠中ですか？　　いいえ　はい
現在授乳中ですか？　　いいえ　はい

8. 当院をどのようにしてお知りになりましたか？○をつけてください。

紹介状　・　家族、知人の紹介　・電柱広告　・バス音声広告
商店街音声広告　・インターネット　・　近所　・その他　(　　)