

問 診 票

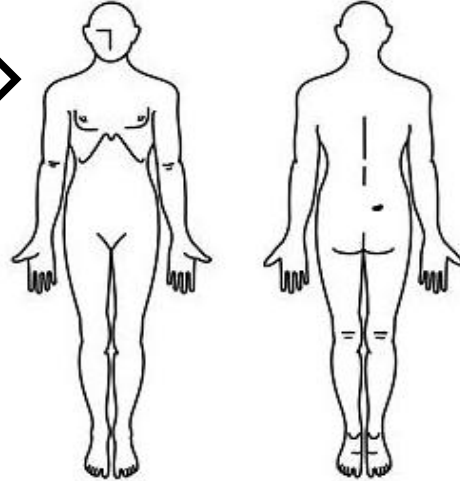
ID

紹介状 あり ・ なし
持参フィルムあり ・ なし

フリガナ								
氏名	男・女	年齢	生年月日	西暦	年	月	日	
住所	〒 -			携帯	()	—		
				自宅	()	—		

1. 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

痛み ・ 変形 ・ 腫れ ・ しびれ
その他 ()



身長(約 cm)・体重(約 kg)

・ いつ頃からですか？ ()

・ きっかけ、原因はありますか？

- 工作中・通勤中のけが※保険証は使用できません
- 交通事故 学校でのけが
- スポーツでのけが(種類:)
- その他 ()

2. 同様の症状で現在または過去に通院歴はありますか？

いいえ はい ()

3. 現在治療中または今までにかかった病気を○で囲んでください

高血圧 糖尿病 心臓病 脳梗塞 胃潰瘍 喘息 肝臓病 痛風 リウマチ
その他 () 特になし

4. 過去に手術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 ()

5. 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 ()

6. いままでアレルギーを起こしたことがありますか？○で囲んでください

薬 麻酔 ゴム 金属 食品 () その他 ()
特になし

7. 女性の方へ ○で囲んでください

妊娠中 授乳中 どちらにもあてはまらない

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 ・ 駅の看板
商店街音声広告 ・ インターネット ・ 近所 ・ その他 ()