

問 診 票

年 月 日

(フリガナ)		男 ・ 女	生年月日	年 月 日
お名前			年 齡	歳
ご住所	(〒 -)		体 重	Kg

◆ 本日はどうされましたか？

TEL

携帯

- | | | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 痛い | <input type="checkbox"/> しびれる | <input type="checkbox"/> 腫れている | <input type="checkbox"/> 動かしにくい | <input type="checkbox"/> 感覚がにぶい |
| <input type="checkbox"/> こわばる | <input type="checkbox"/> しこりがある | <input type="checkbox"/> 赤くなっている | <input type="checkbox"/> 曲がらない | <input type="checkbox"/> 伸びない |
| <input type="checkbox"/> 変形している | <input type="checkbox"/> 熱っぽい | <input type="checkbox"/> 出血している | <input type="checkbox"/> 歩行困難 | |
| <input type="checkbox"/> その他 (|) | | | |

◆ 症状はいつからですか？ _____

◆ 体のどの部分ですか？ _____

◆ 症状の原因は何ですか？

- | | | |
|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ころんだ | <input type="checkbox"/> スポーツ外傷 | <input type="checkbox"/> 工作中的事故 |
| <input type="checkbox"/> その他 (|) | |

◆ 現在、服用中のお薬はありますか？

(ある ・ ない)

ある方は、ご記入ください。 _____

◆ 現在、治療中の病気はありますか？

(ある ・ ない)

病名

医療機関

◆ 今までにかかったことのある病気はありますか？

(ある ・ ない)

- | | | | | |
|--------------------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 喘息 | <input type="checkbox"/> 心臓病 | <input type="checkbox"/> 肝臓病 |
| <input type="checkbox"/> その他 (|) | | | |

◆ 現在、お薬や食べ物によるアレルギーなどはありますか？

(_____)

◆ 女性の方に伺います。

・ 現在、妊娠中ですか？ (はい _____ ヶ月 ・ いいえ ・ わからない)

・ 現在、授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)

◆ 当院のことは、何で知りましたか？

- | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> インターネット | <input type="checkbox"/> 看板 | <input type="checkbox"/> 知人の紹介 | <input type="checkbox"/> 他院の紹介 |
|----------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|--------------------------------|

その他 _____

受付 No

ID

W ス 処 F