

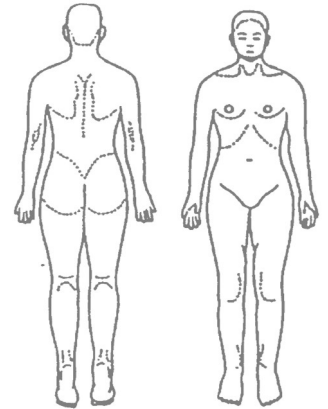
問 診 票

NO : _____

受診日	令和 年 月 日	他医院からの紹介状や CD-R	ない ・ ある
ふりがな		男	大・昭・平・令 年 月 日生
お名前		女	ご職業
住所	〒 建物名:	電話	
		携帯	

1 本日、診察を希望される症状についてお聞きします。

- いつ頃からですか? _____ 年 月 日
- 部位はどこですか? _____ イラストに○をつけてください
- あてはまる症状に○をつけてください
 痛い 腫れてる しびれる 重い 力が入らない
 張ってる 違和感がある 動きが悪い
 その他()
- きっかけはありますか? _____
- 傷、出血はありますか? ない ・ ある



2 今までにかかった病気はありますか ない ・ ある

高血圧 糖尿病 心臓疾患 脳疾患 胃潰瘍 喘息
 心の病気 がん() その他()

- 3 手術を受けたことがありますか いいえ ・ はい 病名 _____
 どの病院 _____

- 4 体内に金属は入ってますか いいえ ・ はい (ペースメーカー、ステント、プレート、その他)

- 5 今飲んでいる薬はありますか いいえ ・ はい _____

- 6 薬、その他でアレルギーはありますか いいえ ・ はい _____

- 7 何かスポーツをしていますか いいえ ・ はい _____

8 女性の方にお聞きします 妊娠していますか

していない 可能性がある 妊娠 _____ ヶ月 授乳中

9 当院を何でお知りになりましたか

建物の看板 ・ ホームページ ・ 紹介 ・ その他