

問 診 票

I.D. _____

年 月 日

| | | | |
|------|---|---------|---------------------|
| ふりがな | | 生年月日 | 明・大・昭・平 年 月 日 (才) |
| 氏 名 | 男 ・ 女 | 住 所 | 〒 _____ |
| 職業 | | T E L | () () () |
| 介護保険 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 () | 身長()cm | 体重()kg |

●右図で、症状のある部位を○で囲んでください。

●いつから、どの様な症状ですか？

()

●症状が出たきっかけは何ですか？

- 交通事故 工作中的けが 通勤・通学
 スポーツ 特になし その他

()

●今回の症状を他の病院で治療されましたか？

- はい 病院名()
 治療内容： 手術 投薬 注射 リハビリ その他()
 検査： レントゲン MRI 血液検査 その他()
 いいえ

紹介状はありますか？ はい・いいえ

- 現在治療中の病気がありますか？ いいえ
 高血圧 糖尿病 心臓病 喘息 肝臓病 その他()

- 今までに手術を受けたことがありますか？
 はい (手術名・年齢:)
 いいえ

- 現在、内服している薬がありますか？
 はい ()
 いいえ ※お薬手帳をお持ちの方は問診票と一緒にお願いします。

- アレルギーがありますか？(薬、食べ物なども含めて)
 はい (何のアレルギーですか？)
 いいえ

- 女性の方のみお答えください。妊娠の可能性はありますか？授乳中ですか？
 はい ()ヶ月 ()週 授乳中
 いいえ

- 当院をどのようにお知りになりましたか？
 紹介・クチコミ・看板・ホームページ・前を通りかかって・その他()

