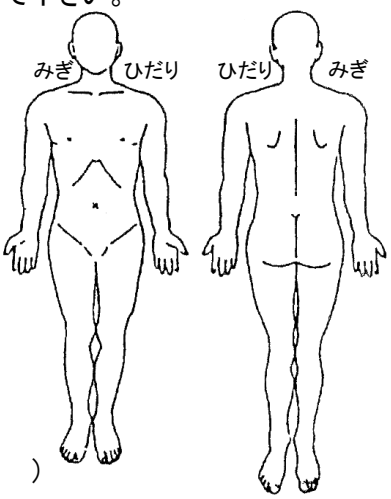
問　診　票

フリガナ	
お名前	男　・　女
生年月日	大・昭・平・令　　年　　月　　日　　（　　）才
住所　〒	
電話	携帯
緊急連絡先	（続柄）

■ 今日、みてもらいたい所はどこですか？　右の絵に〇をつけて下さい。



■ いつからですか？

■ どのような症状がありますか？
□いたい　□力が入らない　□おもい
□つかれやすい　□しびれる　□はれている
□その他（　　）

■ 原因はありますか？

■ 今までにかかった、または治療中の病気はありますか？
□高血圧　□高脂血症　□糖尿病　□痛風　□ぜんそく
□狭心症/心筋梗塞　□脳卒中　□その他（　　）

■ 今までに手術の経験はありますか？
□なし　□あり　病名（　　）

■ 心臓ペースメーカー　・　シャント（透析）はありますか？
□ない　□ある

■ 現在飲んでいる薬はありますか？（お薬手帳をお持ちの方は見せてください）
□なし　□あり　薬品名（　　）

■ 今までに薬や注射でアレルギーが出たことはありますか？
□なし　□あり（　　）

■ 介護保険を利用されていますか？　□はい　□いいえ
（あなたは現在、一人暮らしですか？　□はい　□いいえ）

☆ 女性の方だけお答えください
妊娠されている可能性はありますか？　□はい　□いいえ
授乳中ですか？　□はい　□いいえ

★ 当院をお知りになったきっかけは何ですか？
□広告　□知人・家族の紹介　□他の医療機関からの紹介
□その他（　　）

青山整形外科