

問 診 票

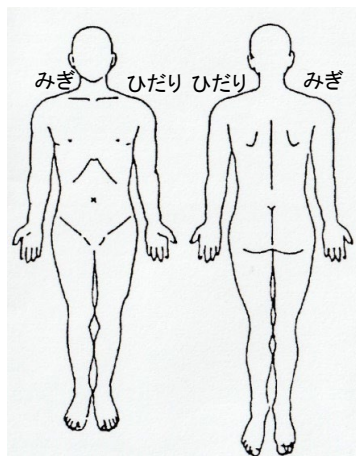
フリガナ			
お名前		男 ・ 女	
生年月日	大・昭・平・令	年 月 日	()才
〒			
住所			
電話	携帯		
緊急連絡先電話番号		(続柄)	
職業		部活・スポーツ	

■ 今日、みてもらいたい所はどこですか？ 右の絵に○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？

- | | | |
|----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> いたい | <input type="checkbox"/> 力が入らない | <input type="checkbox"/> おもい |
| <input type="checkbox"/> つかれやすい | <input type="checkbox"/> しびれる | <input type="checkbox"/> はれている |
| <input type="checkbox"/> 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？

- | | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 高脂血症 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 痛風 | <input type="checkbox"/> ぜんそく |
| <input type="checkbox"/> 狭心症/心筋梗塞 | <input type="checkbox"/> 脳卒中 | <input type="checkbox"/> 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？

- | | | |
|--|--------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 知人・家族の紹介 | <input type="checkbox"/> 他の医療機関からの紹介 | <input type="checkbox"/> ホームページ |
| <input type="checkbox"/> 広告 <input type="checkbox"/> その他 () | | |

