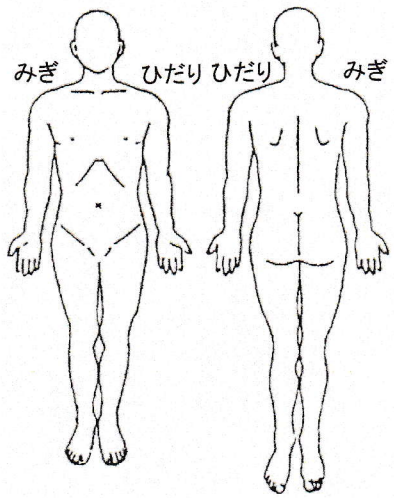
# 問　診　票

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

■ いつの事故ですか？

■ どんな事故でしたか？




■ 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。

■ 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（　　）

■ いつから症状がありますか？

■ 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（　　）

☆ 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？
□知人・家族の紹介　□他の医療機関からの紹介　□ホームページ
□広告　□その他（　　）

青山整形外科