

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？

- ☐いたい ☐力が入らない ☐お重い
☐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？

■ お仕事中のケガですか？ (はい ・ いいえ)

■ 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/脳梗塞 ☐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 ・ シヤント(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？

- ☐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 ()

