

# 問 診 表

ID: \_\_\_\_\_ 年 月 日

フリガナ	性別	生年月日		
お名前	男・女	明・大・昭 平・令	年	月 日 ( 歳)
ご住所 〒		自宅電話		
		携帯電話		
フリガナ * 未成年の方 保護者のお名前 ( ) 携帯電話 ( )		身長	cm/体重	kg 職業:
当院を何でお知りになりましたか? <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 近所なので <input type="checkbox"/> 知人からの紹介 (紹介者: _____) <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )				

1. どのような症状で来院されましたか？

※ 症状のある部分に○をつけてください。

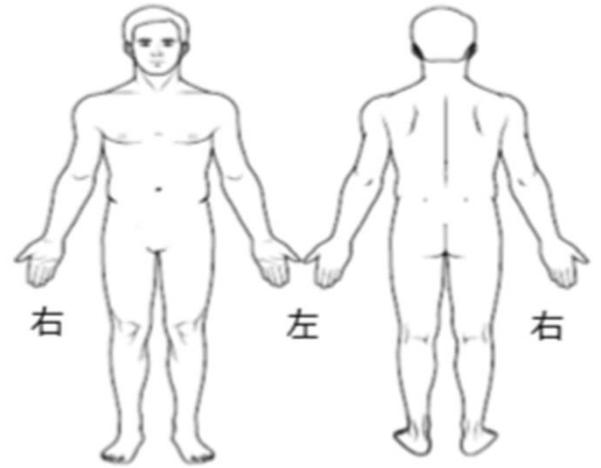
- 痛い  しびれる  腫れ  動きにくい  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

2. いつごろから症状が出てきましたか？

( \_\_\_\_\_ )

3. 症状が出たきっかけ・原因は何ですか？

( \_\_\_\_\_ )



※交通事故、業務・通勤災害の方は必ずお知らせください。  
 保険診療後に途中切り替えができませんのご了承ください。

4. 現在、治療中の病気がありましたらお答えください。

- 高血圧  糖尿病  心臓病 (狭心症・不整脈等)  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )



5. 過去に病気や手術を受けた事があればお答えください。

(病名・手術名: \_\_\_\_\_ いつ頃: \_\_\_\_\_ )

(病名・手術名: \_\_\_\_\_ いつ頃: \_\_\_\_\_ )

ペースメーカーは入っていますか？  はい  いいえ

6. アレルギーはありますか？

- ある  ない  
 薬 ( \_\_\_\_\_ ) 食べ物 ( \_\_\_\_\_ )

7. 女性の方へ：妊娠している可能性がありますか？

- はい  いいえ