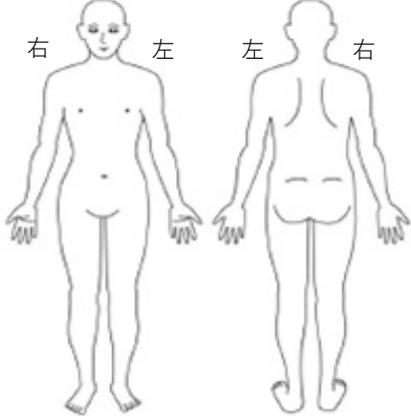


問診票

フリガナ		生年月日	男
お名前		大・昭・平・令 年 月 日()	・ 女
住所	〒	携帯： - - 自宅： - -	
勤務先名		電話(勤務先) - -	

※ご記入していただいた問診表の個人情報、診療録と同様に厳正に管理されます。

どこが悪いですか？(右の図に○をつけてください) 体の場所() 症状()	※症状がある箇所に印をつけてください。 
いつごろからですか？(交通事故の方は事故日) 年 月 日(日前)	
症状が出たきっかけ・原因はなんですか？ <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 仕事中 <input type="checkbox"/> スポーツ <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 特になし	
内服中のお薬はありますか？ ある ・ なし 本日お薬手帳をお持ちですか？ ある ・ なし 何の薬を内服されてますか？ <input type="checkbox"/> 血液サラサラ <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 痛み止め <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 胃薬 <input type="checkbox"/> その他()	身長 体重 cm kg
現在治療中、今までにかかった病気はありますか？ ()	過去に手術を受けたことはありま すか？ ある ・ なし ()
食べ物やお薬でアレルギーはありますか？ ある() ない	女性の方へ <input type="checkbox"/> 妊娠中(月) <input type="checkbox"/> 授乳中
今回の症状で他の病院に受診されましたか？ 病院名()	湿布でかゆみがでたことはありますか？ はい ・ いいえ
必要に応じ検査や治療内容でご要望はありますか？ <input type="checkbox"/> お薬 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 採血検査 <input type="checkbox"/> 骨密度測定	
・保険会社・他の病院などから健康状態・既往歴について問い合わせがあった場合回答してよいですか？ はい ・ いいえ	
・職場・学校などから健康状態・既往歴・修学見込み・病状回復見込みに関してお問い合わせがあった場合回答してよいですか？ はい ・ いいえ	

※当院をどちらでお知りになりましたか？

知人の紹介 医療機関の紹介 電話帳 ホームページ 看板 Instagram その他()