

# 問 診 票

ID: \_\_\_\_\_

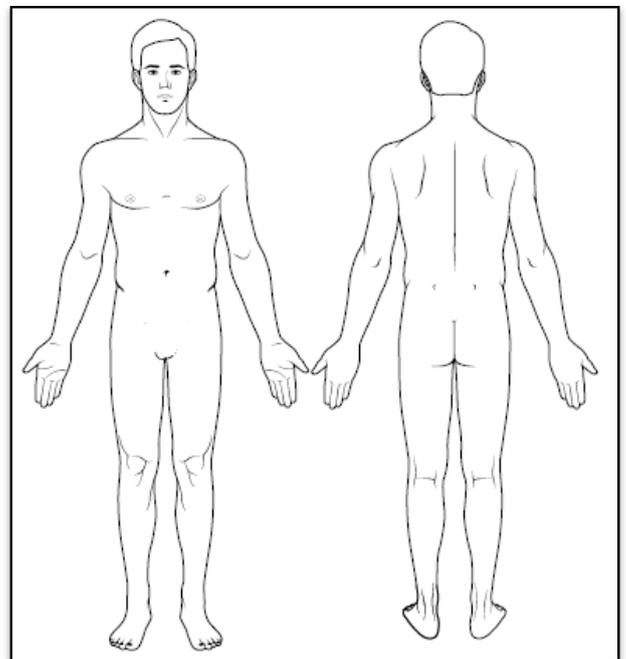
受診日 平成 年 月 日

ふりがな			身長
氏名	様	男 女	cm
			体重
生年月日	明・大・昭・平	年	月 日 歳
住所	〒		
電話番号	( )	-	
携帯番号	( )	-	
ご職業			

## 交通事故や仕事中的お怪我は必ず受付へお申し出ください。

- 1.どのような症状で来院されましたか？  
痛い しびれる 腫れ 動きにくい  
その他 ( )

- ※症状のある部位はどこですか？  
首 背中 腰 膝(右・左)  
肩(右・左) 足首(右・左) その他  
 右の図に症状のある部位に○をつけて下さい



- 2.いつごろから症状は出てきましたか？  
 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 から  
 \_\_\_\_\_ ( 日・月・年 ) 前から

- 3.症状が出たきっかけ・原因は何ですか？  
転倒 スポーツ 仕事 交通事故  
その他 ( ) 特に原因なし

- 4.今回の症状で他の医療機関を受診されていればお答えください  
 ( ) 病院・医院  
 治療内容: 投薬 注射 物療 その他 ( )  
 検 査 : レントゲン MRI その他 ( )

(裏面へ続く)

(表面より)

5.現在治療中の病気があればお答えください。

- 治療中の病気はない  
高血圧 糖尿病 心臓病（狭心症・不整脈など） 脳梗塞 腎臓病 喘息  
胃潰瘍 その他（ ）

6.現在服用中のお薬はありますか？

- ない ある（ ）  
※お薬表やお薬手帳をお持ちでしたら受付へお申し出下さい。

7.過去に怪我や病気で手術を受けた事があればお答えください。

手術名（ ）：（ ）年（ ）月（ ）日

8.食べ物やお薬でアレルギーが出たことがあればお答え下さい。

- ある：薬（ ）食べ物（ ）  
ない

9.趣味・健康目的で何か運動(スポーツ)されていればお答え下さい。

種類（ ） \_\_\_\_\_ 回/週・月

10.医療器具によって、体に影響が出る場合がありますので、下記にあてはまる人はお答え下さい。

- 該当なし  
ペースメーカー 人工関節 手術による金属・コイル  
避妊リング タトゥー（まつ毛・まゆ毛も含む）

11.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

12.当院はどのようにお知りになりましたか？

- 知人/紹介（お名前： ） 前を通った タウンページ  
当院ホームページ その他（ ）

**交通事故や仕事中的お怪我は必ず受付へお申し出ください。**

