

問 診 票

年 月 日

フリガナ			男・女	生年月日 明・大・昭・平	年	月	日生
氏 名	様				(歳)
住 所	(〒 -)						
電話番号	自宅	() -	携帯	() -			
職業		身長	cm	体重	kg	体温	°C
本日の受診方法 に○をつけて下さい		1. 健康保険証		2. 交通事故(自賠責保険)		3. 労災(仕事中のけが等)	
		3. 労災(仕事中のけが等)		4. 自費(健診、予防接種、注射等)			

※来院される際、当院隣の調剤薬局には駐車しないでください。

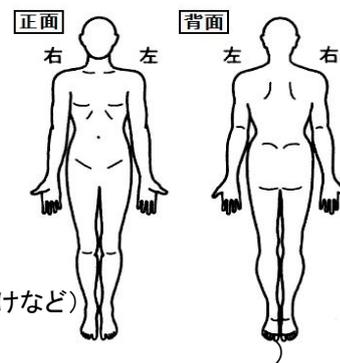
※下図に○をつけて下さい。

* 今日はいつから、どのように具合が悪いですか？

* 原因として思い当たることはありますか？ 具体的にお書き下さい。

* どんな時に症状がありますか。

座る 立つ 運動時 安静時 階段の昇降 衣類の着脱 細かい動作(ボタン掛けなど)
寝返り 前かがみの姿勢 怒責(咳・くしゃみ) その他()



* 現在の具合の悪いことで他の病院を受診されましたか？

しない ・ 受診した (病院名:)

* 今までに下記の病気にかかったり、現在治療を受けている病気はありますか？ ○で囲んで下さい。

ある・ない
高血圧症 高脂血症 糖尿病 脳梗塞 心筋梗塞 痛風 胃十二指腸潰瘍 喘息
その他 ()

* 今までに大きな手術を受けたことがありますか？ ある ・ ない

どのような手術ですか ()

* 現在服用している薬はありますか？ ある ・ ない ・ 抗凝固剤(血がサラサラになる薬)

服用している薬の名前 (わかる範囲でご記入ください:)

* 今までに食べ物や薬・注射で気分が悪くなったり、アレルギーやじんましんが出たことがありますか？

ある・ない
(食べ物: 薬の名前: その他:)

* 女性の方にお聞きいたします。現在、妊娠していますか？あるいは妊娠の疑いがありますか？

ある ・ ない ・ わからない ・ 現在授乳中

* 何か運動・スポーツされていますか？

()

* 当院で希望される検査・治療・リハビリなどがございましたら○で囲んでください。

レントゲン検査 MRI 検査 骨密度検査 トリガーポイント注射 運動器リハビリ その他()

* 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

看板 チラシ 広告 インターネット 家族・知人の紹介 他院からの紹介 その他()