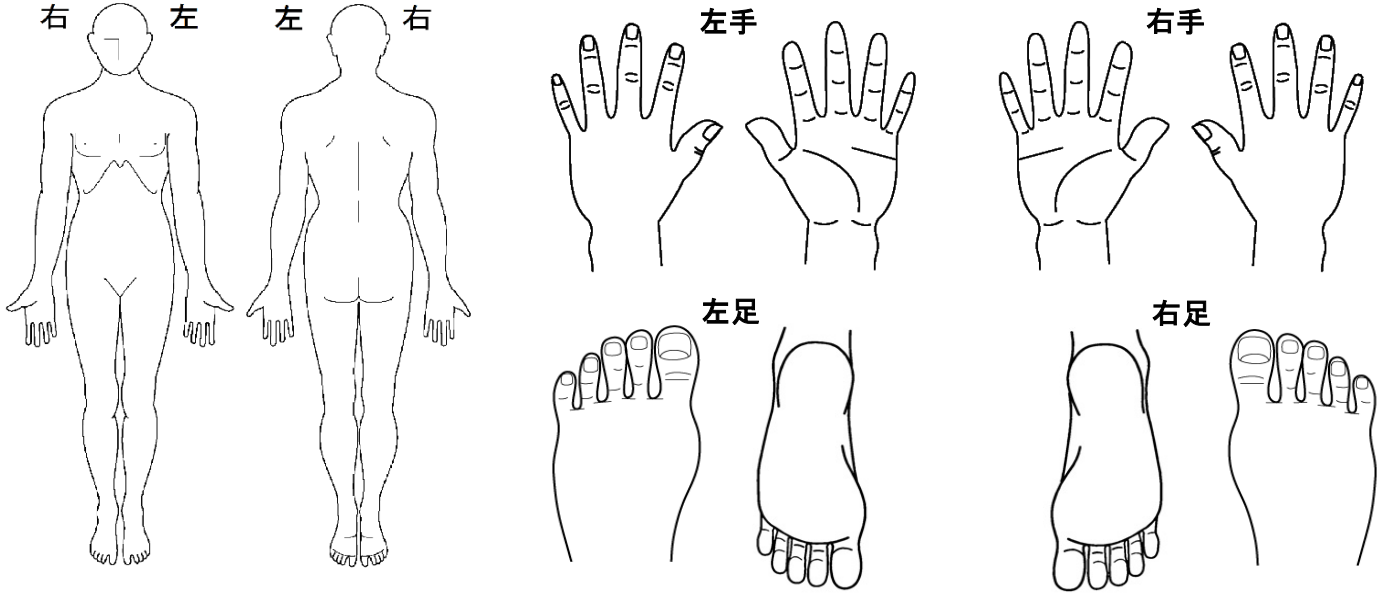


問診票

フリガナ		男・女	生年月日	明・大 昭・平	年	月	日	生まれ () 歳
名前								
ご住所	〒				ご職業	※差し支えなければご記入ください		
電話番号	()		携帯電話	()				

1. どのような症状で来院されましたか
 痛い しびれる 腫れている その他()

2. 症状のある部位に○をつけてください (複数箇所ある場合は症状の強い順に1, 2, ...と番号を付けてください)



3. 症状はいつごろからでていますか
 今日 () 日前から () ヶ月前から () 年前から

4. その症状が出るのに思い当たる原因がありますか (交通事故・労災 の方は○をつけてください)

5. どういうときに症状がありますか

6. いまの症状が原因で仕事や普段の生活に支障がありますか
 ない・ある 具体的に()

6. 他院でその症状の治療を受けたことがありますか
 ない・ある 時期(年 月 日) 治療内容() 施設()

7. いままでに大きな病気をしたり、手術を受けたことがありますか
 ない・ある 時期(年 月 日) 病名・手術内容()

8. 現在、次の病気で治療を受けていますか (あてはまれば○をつけてください)
 糖尿病 高血圧 高脂血症 肝炎 胃潰瘍 緑内障 リウマチ 痛風

9. 現在、服用している薬がありますか (お薬手帳をお持ちでしたらご提示ください)
 ない・ある 薬剤名()

10. 薬や注射で異変が起こったことがありますか
 ない・ある 症状()

11. 【女性の方へ】 現在、妊娠している可能性はありますか ない・ある 最終月経(月 日)