

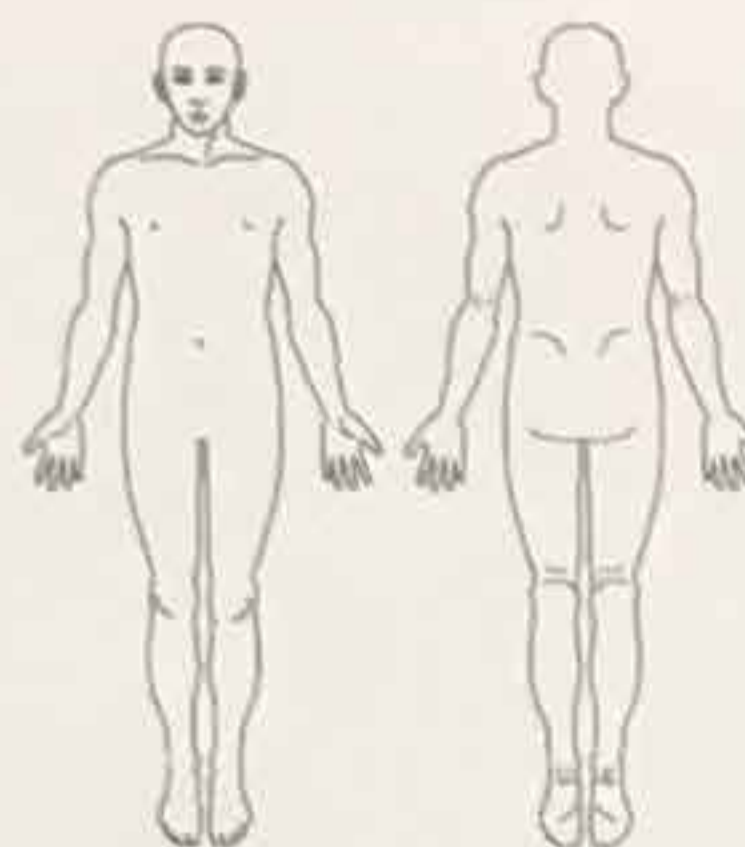
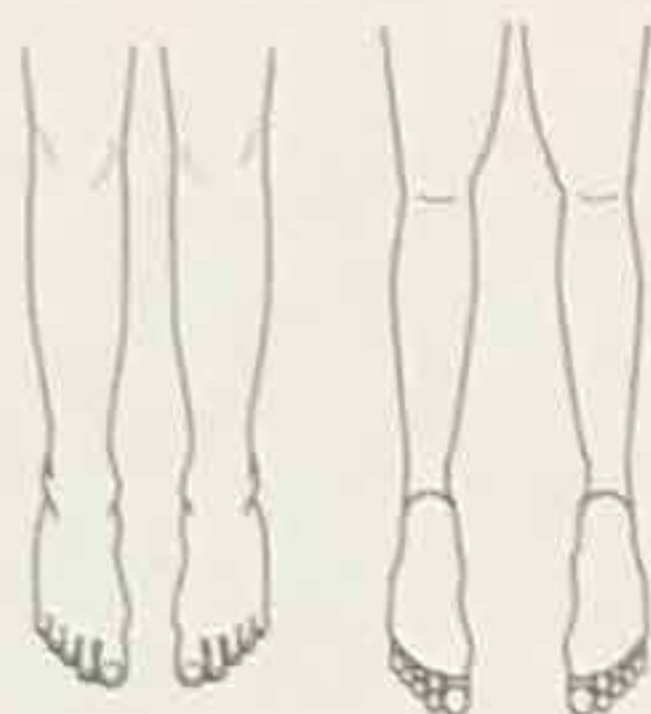
【問診票】

受診日： 年 月 日 ()

※交通事故・労災(仕事中のケガ)の方は事前にお申し出下さい。

フリガナ: 氏名:	男・女	生年月日: 明・大・昭・平	年	月	日()	歳
住所:	〒()	県				
TEL: (自宅)	-	-		(携帯)	-	-

● 今日の症状は?(図の該当部分に印を付けて下さい)



● いつからどのように?

● 現在、同じ症状で他の病院にかかっていますか?

はい (病院・整骨院)、いつ頃() いいえ

● 検査・治療について (したくないものがあれば×をつけてください)

レントゲン 注射 リハビリ

● 薬について 要 (痛み止めの飲み薬・シップ・塗り薬) 不要

◎女性の方へ◎ 今、妊娠中または授乳中ですか?

はい (妊娠 ヶ月、授乳中) いいえ わからない

● 過去または今、治療中の病気はありますか?また、これまでに手術を受けたことはありますか?

ある 気管支喘息、小児喘息、胃潰瘍、糖尿病、高血圧、脳出血、脳梗塞、心臓病
肝臓病、腎臓病、高脂血症、心療内科疾患、その他()

- ・ 使用中の薬があればお書きください()
- ・ かかりつけの病院 (病院)
- ・ 手術: 病名(年 月頃)

ない

● 心臓にペースメーカーが入っていますか? 入っている 入っていない

● 介護保険被保険者証はお持ちですか? はい 要支援()、要介護() いいえ

● 今までにアレルギーを起こしたこと(体に合わない食べ物や薬)はありましたか?

ある...食べ物()、薬() ない

● ジェネリック薬について 使用希望 使いたくない 先生にお任せします

● 処方箋について 院内処方希望 院外処方希望