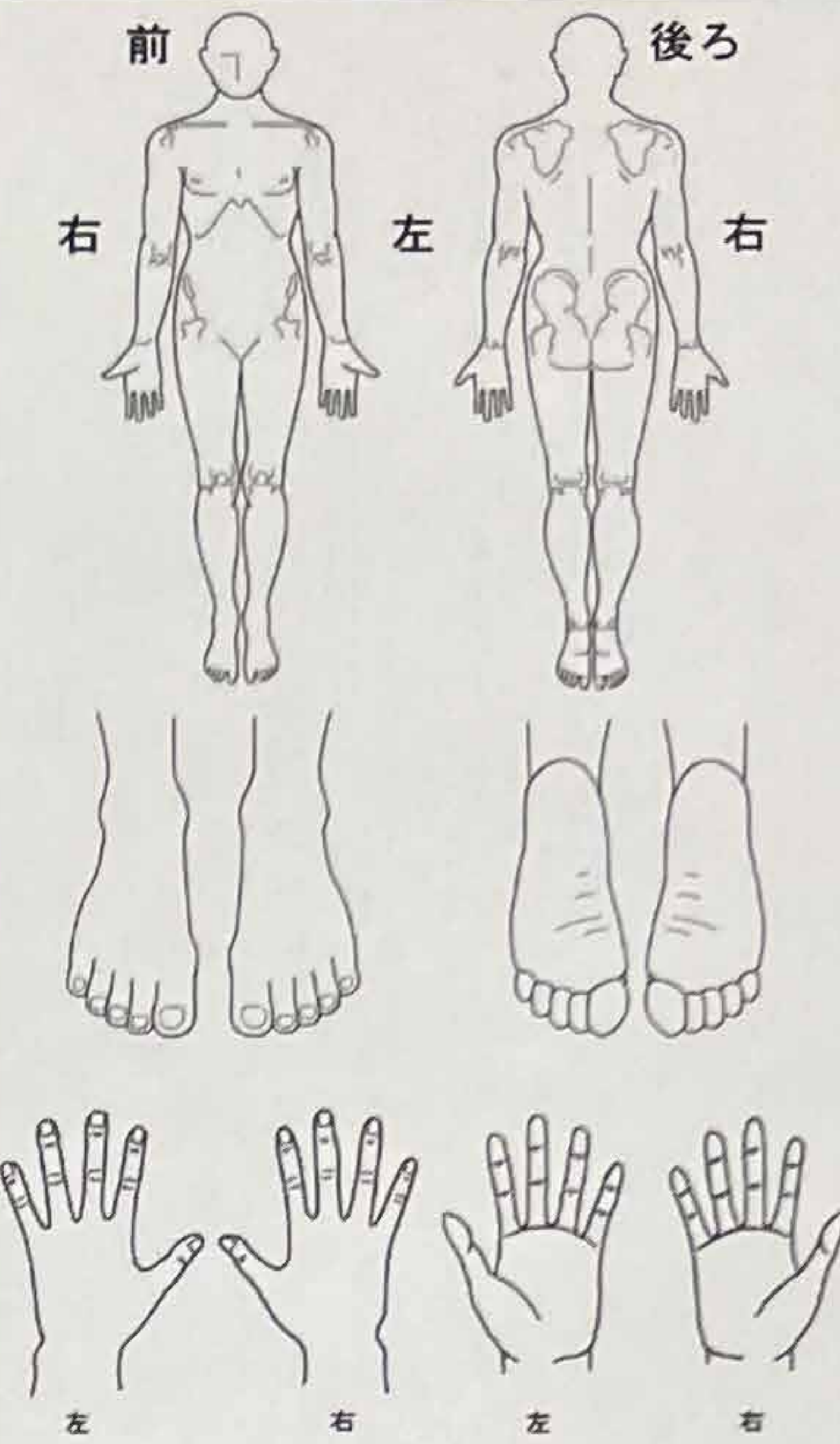


【問診票】

※交通事故・仕事中のケガ(労災)の方は事前にお申し出下さい。

受診日： 年 月 日 ()

ふりがな		男		生年月日
お名前		女	歳	大・昭・平・令 年 月 日
ご住所	〒 県			携帯電話 (- -) 自宅電話 (- -)

どのような症状がありますか？ ☐ 痛い ☐ しびれる ☐ ねんざ ☐ 打撲 ☐ 傷がある ☐ その他 ()	
症状について詳しくご記入下さい	
①いつから ☐ 今日 ☐ 昨日 ☐ () 日前 ☐ () 週間前 ☐ () ヶ月前 ☐ () 年前	
②何時ごろ ☐ 午前 () 時 ☐ 午後 () 時	
③どこで ()	
④何をしている時に、どのような状態になったか どういう時に症状(痛み・しびれ等)が出るか	

職業	☐ 事務 ☐ 営業 ☐ 医療関係 ☐ 建築・土木 ☐ 学生 ☐ 主婦 ☐ その他 ()
手術歴	☐ 無 ☐ 有 ①(病名: / 年 月頃) (病院: / ②(病名: / 年 月頃) (病院: / ☐ ペースメーカー有 (/ 年 月頃) (病院: /
既往歴	☐ 胃潰瘍 ☐ 脳梗塞・脳出血 (年 月頃 / 手術: ☐ 有 ☐ 無) ☐ 骨折 ☐ 腎臓病 ☐ 肝臓病 ☐ その他 ()
治療中の病気	☐ ぜんそく ☐ 糖尿病 ☐ 高血圧 ☐ 高脂血症 ☐ 心療内科疾患 ☐ 心臓病・肝臓病・腎臓病 (病名:) ☐ その他 ()
使用中の薬	☐ 有 () ☐ 無 ※お薬手帳をお持ちの方は受付にお渡しください
女性の方へ	☐ 妊娠中 (ヶ月) ☐ 授乳中 (1日 回) ☐ 妊娠の可能性がある
介護認定	☐ 要支援 () ☐ 要介護 () ☐ 無
介護サービス	☐ デイケア (施設名: /週 回) ☐ デイサービス (施設名: /週 回)
ジェネリック	☐ 使用希望 ☐ 使いたくない ☐ どちらでも可