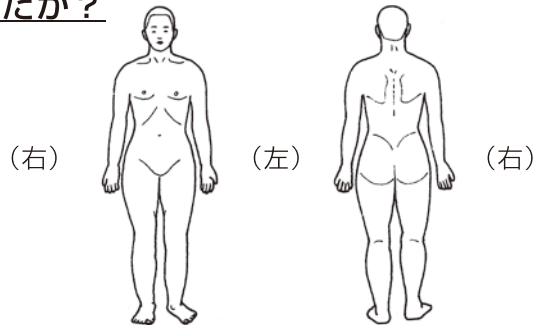
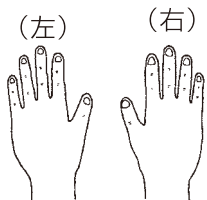


問 診 票

フリガナ				受診日
氏名		. .		
生年月日	年 月 日	才	男・女	
住所	〒	TEL	-	-
		携帯	-	-

1) 今回は、どこの具合が悪くて来院されましたか？

・具合の悪い場所に○をして下さい。



2) 症状は？ 当てはまるものに○をつけて下さい。

- ・痛み ・しびれる ・傷がある ・腫れている ・感覚がにぶい ・こわばる
- ・熱をもっている ・動かしにくい
- ・その他 ()

3) いつからですか？ () ・ 不明

4) 何か思いあたる原因がありますか？ (ある ・ ない)

()

5) 現在治療中、または過去に病気や手術をされた事がありますか？

- ・高血圧 ・糖尿病 ・脳血管 ・悪性腫瘍 ・肺疾患
- ・腎疾患 ・骨折 ・心臓病 (ペースメーカー ある ・ ない)
- ・その他 (病名 / ところ)

6) 現在の状態を書いてください。

身長()cm 体重()kg タバコ(本/1日) アルコール(量/1日)

7) 現在飲んでいるお薬はありますか？ (ある ・ ない)

(薬品名) ※お薬手帳があれば出して下さい

8) 今までにお薬や食べ物でアレルギーを起こした事がありますか？ (ある ・ ない)

()

9) どのような仕事をされていますか？ ()

10) スポーツはされていますか？ (はい ・ いいえ)

(はい) とお答えの方 (内容 : / 頻度)

11) 女性の方へ 現在妊娠している可能性がありますか？

ある (妊娠 ヶ月) ・ ない / 最終月経 ()

12) 当院を選んだ理由は？ (複数選択可)

他院の紹介 ()、ホームページ、看板 (夙川駅、クリニック前)、
自宅から近い、口コミ ()