

問 診 票

年 月 日

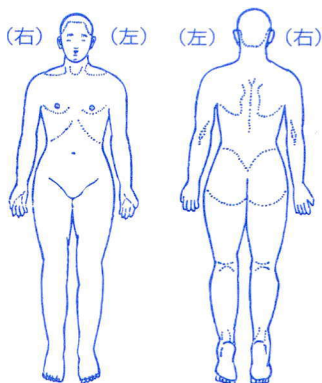
フリガナ		医院使用欄 ID	受診日
氏 名			・
生年月日	年	月	日
		才	男・女
住 所		TEL	-
		携帯	-

◎治療上、大切なことなので、お手数ですが、下記の質問にわかる範囲でお答え下さい。

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。

○ どのような状態ですか。○をして下さい。



痛む・しびれ・脱力感

その他 ()

○ いつ頃から具合が悪いですか。 _____

○ 何か思いあたる原因がありますか。(ある・ない)

(_____)
(_____)
(_____)

2) 現在、他の病院にかかっている病気を書いて下さい。お薬手帳をお持ちの方は一緒に出して下さい。

○ どの病院(医院)ですか。 _____

○ どのような病気ですか。 _____

○ 薬を服用していますか。(はい・いいえ) _____

3) 今までに大きな病気、手術を受けたことがありますか。(ある・ない)

(_____)

4) 薬(のみ薬や注射・病酔)で発疹がでたり、気分が悪くなったことがありますか。

(ある・ない)

薬品名・症状を教えてください。 _____

5) 現在、仕事をされていますか。

(_____)

6) 何か運動をされていますか。

(_____)

7) 現在の状態を書いてください。

体重 (kg) 身長 (cm) タバコ (本/1日) アルコール (量/1日)

8) 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 ()

9) 当院を選んだ理由は?

他院の紹介 インターネット 看板 自宅から近い クチコミ