

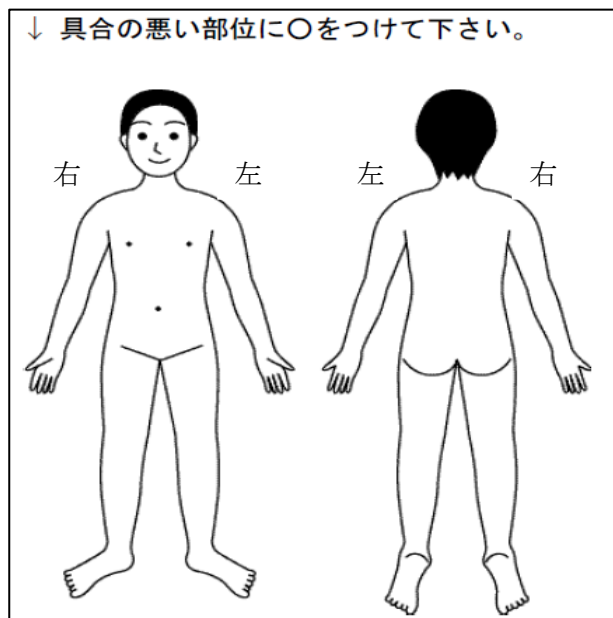
# 問 診 票

受診日 平成 年 月 日

フリガナ	男 女	生年月日			
氏名		M	T	年 月 日 (満 才)	
		S	H		
〒 ー 住所					
自宅電話		職業	身長	体重	
携帯電話			cm	kg	
介護保険をお持ちの方は○をつけて下さい。		要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5		

**当院を何でお知りになりましたか？** 通りがかり・インターネット・紹介( 様)  
 記事・広告(ポスト、LIVING、その他 ) バス(内面・後面・車内放送)  
 看板(栄・一社駅・自由ヶ丘駅・本山) バス停看板(星が丘・藤が丘・小幡・池下) その他

**いつからどのような症状でお困りですか？**  
 年 月 日 から  
 (日・週間・か月・年)前から  
 痛い  しびれる  腫れ  動きにくい  その他  
 ( )



**症状が出たきっかけ・原因は何ですか？**  
 交通事故  工作中  転倒  スポーツ  
 その他[ ]  特に原因なし

**今回の症状で他の医療機関を受診されましたか？**  
 受診していない  受診した  
 [ ] 病院・医院

治療内容:  投薬  注射  リハビリ  手術  その他[ ]  
 検査 :  採血  レントゲン  CT  MRI  その他[ ]

**今までにかかった病気を○で囲んでください。**  
 ない  あり 糖尿病・高血圧・高脂血症・胃/十二指腸潰瘍・リウマチ・痛風  
 肝臓病・心臓病・腎臓病・喘息 その他( )

**現在、何かお薬を飲んでいますか？**  
 ない  あり お薬の名前( )

**今までにお薬や飲食物でアレルギーを起こしたことがありますか？**  
 ない  あり 薬・飲食物の名前( )

**過去に怪我や病気で手術を受けたことがあればお答えください。**  
 ない  あり 手術名( : 年 ) ( : 年 )

**趣味・運動習慣はありますか？**  なし  あり( )

**たばこは吸われますか？**  吸わない  吸う ( 才から 1日 本 年間 )  
 (当院は禁煙外来にて禁煙補助薬も処方しております。)

**女性の方へ :** 妊娠している可能性はありますか。  はい  いいえ