

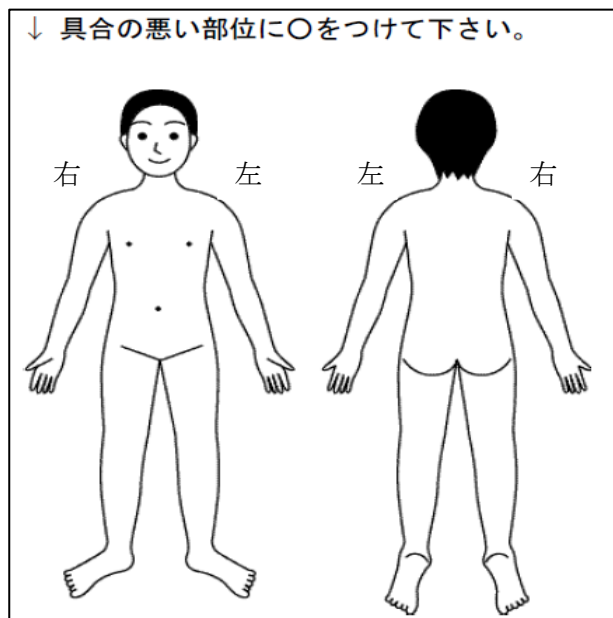
問 診 票

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