

# 問診票

ID \_\_\_\_\_

ふりがな		男・女	年齢	生年月日
お名前	様	女	歳	大・昭・平 年 月 日
ご住所	〒 _____			電話
				携帯
				緊急連絡先
				お名前(続柄) ( )
お仕事	事務 営業 販売業 力仕事 立ち仕事 手仕事 無職 その他( )			
スポーツ歴				

1) 具合が悪いのは、いつからですか？  
 昨日 2日前 3日前 1週間前 それより前( )

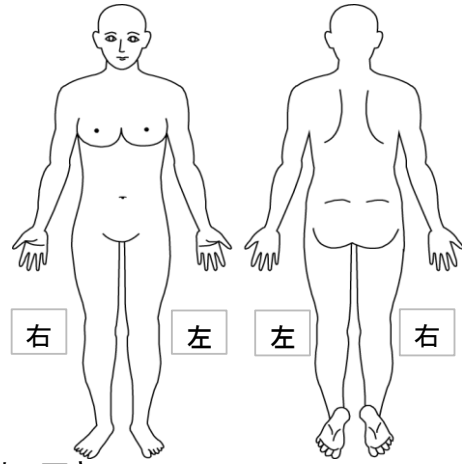
2) どのような症状で来院されましたか？  
 痛い しびれる はれている 動きが悪い その他( )

3) 具合の悪いところに○をしるしをつけて下さい



4) 原因と思われることはありますか？  
 ( )

5) 今回の症状に関して治療を受けたことがありますか？  
 いいえ  
 はい(病院名 )



6) これまでにかかった病気、または現在治療中の病気に○をつけて下さい  
 特になし 高血圧 高脂血症 糖尿病 喘息 胃かいよう 心臓病 骨粗鬆症  
 腎臓病 肝臓病 リウマチ 痛風 脳こうそく その他( )

7) 現在、何かお薬を飲んでいますか？  
 いいえ  
 はい(薬の名前 )  
 ※お薬手帳 あり/なし/自宅にあり/新規発行希望(無料)

8) 食べ物や薬のアレルギーはありますか？  
 いいえ  
 はい(食べ物、薬の名前 )

9) (女性の方のみ)現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？  
 いいえ  
 はい( )

済	スタッフ記入欄
<input type="checkbox"/>	計測(血圧 / )脈拍( )
<input type="checkbox"/>	体温( °C)身長 cm 体重 kg
<input type="checkbox"/>	診察
<input type="checkbox"/>	採血・尿検査・インフル(A・B・ー)
<input type="checkbox"/>	X-P
<input type="checkbox"/>	エコー( )・心電図
<input type="checkbox"/>	注射(アルツD・A/キシロ1・0.5% m )
<input type="checkbox"/>	縫合(キシロ、イジン、生食 ) ギプス( )ヒール(有・無)
<input type="checkbox"/>	消炎鎮痛 <input type="checkbox"/> 運動器リハ( )単位 (H、SSP、低、牽引 度 kg、足、W、マ)
<input type="checkbox"/>	薬
<input type="checkbox"/>	会計(診察券・保険証・お薬手帳・検査結果・CD)
備考欄	
次回予約	

★当院を受診したきっかけを教えてください。

・知り合いからの紹介・看板、バス広告・講演 ・ホームページ ・チラシを見て ・ご近所