

問診票 (いかがされましたか?) 当院受診歴 (有・無) HP 専用

ふりがな

氏名 _____ 男・女 _____ 明・大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 歳

〒 _____ 住所 _____

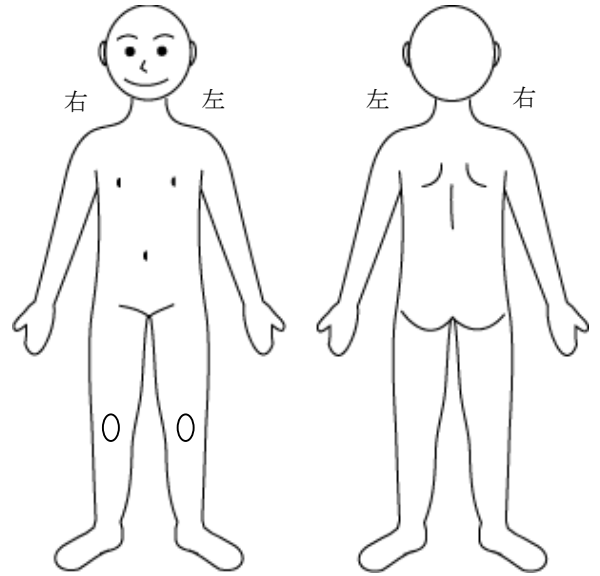
☎ (_____) 携帯 (_____)

仕事: _____ スポーツ: _____ 身長: _____ cm 体重: _____ kg

Q. どのような症状でお困りですか?

- () 痛い () しびれる
- () はれている () 動かしにくい
- () つっぱる () しこり・できものがある
- その他 (_____)

Q. どこがですか? (印をつけてください)



Q. それはいつ頃からですか?

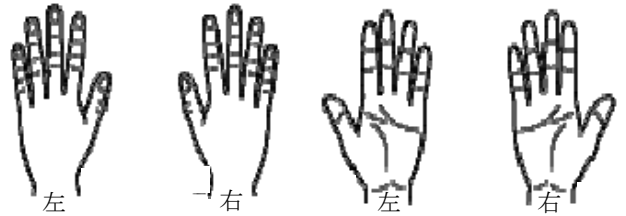
今日・ _____ 日前～・ _____ 週前～・ _____ ヶ月前～
(_____)

Q. 原因やきっかけはありましたか? ある・ない

- 落ちた・転んだ・ぶつけた・捻った・はさんだ
- 原因なし・交通事故 (事故日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)
- スポーツ (_____)
- その他 (_____)

Q. 今回の症状で他の医療機関にかかりましたか?

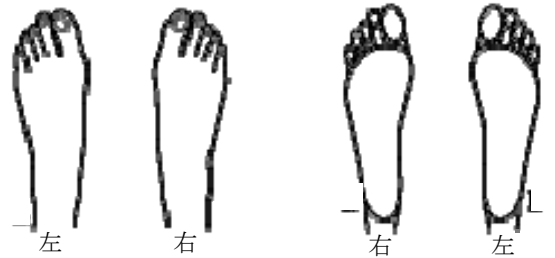
- かかった・かからない
- どこにですか (_____)



Q. 病気の治療や手術を受けたことはありますか?

もしくは治療中の病気はおもちですか?

- ない・ある
- 胃潰瘍・高血圧・喘息・糖尿病・脳梗塞・認知症・精神疾患
- その他 (_____)



Q. 何かお薬を飲んでいらっしゃいますか?

- ない・ある
- 高血圧薬・喘息薬・糖尿病薬・抗凝固薬 (血液サラサラ薬)・胃薬
- その他 (_____)

Q. 食べ物や薬でじんましんが出るなどのアレルギーはありますか?

- ない・ある ⇒ (_____)

Q. 現在妊娠中、またはその可能性がありますか?

- ない・ある・不明 (レントゲン撮影する場合があります。)

Q. 診察時に希望されることはありますか?

[_____]

年 _____ 月 _____ 日

医療法人この実会 嶋崎病院