

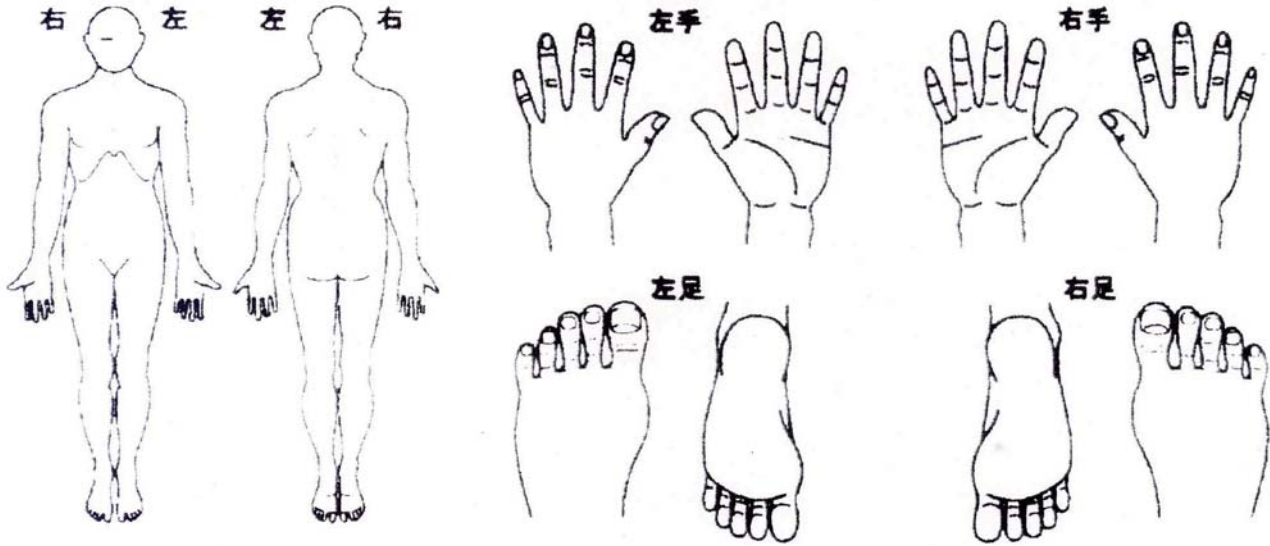
問診票

記入日 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日	明・大 昭・平	年 月 日 (歳)
お名前					
ご住所	〒			ご職業	*差し支えなければご記入ください
電話番号	()	携帯番号	()		

当院をどのように お知りになりましたか？	<input type="checkbox"/> 看板(入口・路上) <input type="checkbox"/> 電話帳 <input type="checkbox"/> インターネットホームページ <input type="checkbox"/> ご紹介⇒ご紹介者(家族・知人・他医院・その他【 】) <input type="checkbox"/> 近所なので <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> その他()
-------------------------	--

1. 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 その他()
2. 症状のある部位に○印をつけてください
 (複数箇所ある場合は症状の強い順に1、2、3、・・・と番号を付けてください)



3. 症状はいつ頃からでていますか
 今日 ()日前から ()ヶ月前から ()年前から
4. その症状が出るのに思い当たる原因がありますか (交通事故・労災の方は○をつけてください)
5. 他院でその症状に対して治療を受けたことがありますか
 ない・ある 病院・医院名() 治療内容()
6. いままでにかかった病気を教えてください
 心臓病 糖尿病 肝臓病 喘息 腎臓病 胃潰瘍 関節リウマチ その他()
7. いままでに大きな病気をしたり、手術を受けたことがありますか
 ない・ある 時期(年 月 日) 病名・手術内容()
8. 痛みの治療で来院された方にお聞きします。あなたの現在の痛みは、
 注射を受けて治したい 内服治療で治したい リハビリで治したい 相談して決めたい
9. 現在、服用している薬がありますか (お薬手帳をお持ちでしたらご提示ください)
 ない・ある 薬剤名()
10. 薬や注射で異変が起こったことがありますか
 ない・ある 症状()
11. 【女性の方へ】 現在妊娠している可能性はありますか ない・ある 最終月経(月 日)