

《 問診票 》 ご記入をお願いいたします

フリガナ

名前:

性別: 男 ・ 女

生年月日:T・S・H・R 年 月 日

〒

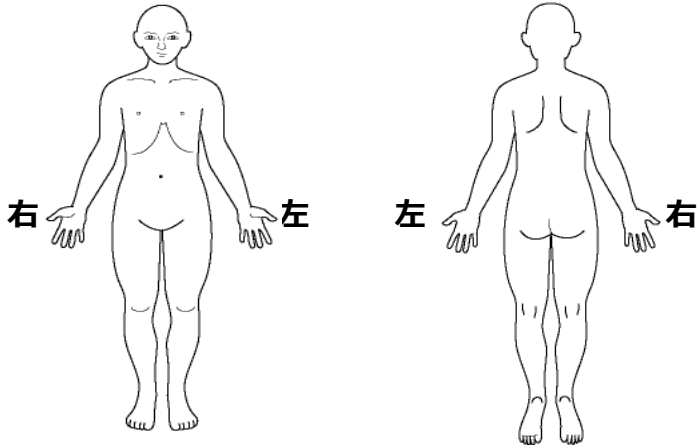
電話番号: - -

住所:

携帯番号: - -

職業:

1 診察してほしいところに○印を付けてください。 ★紹介状・CDをお持ちの方は受付にお出してください。



■ 当院をどのようにして知りましたか？

☐ _____ 先生からご紹介

☐ _____ 様からご紹介 ☐ 近所 ☐ ネット

2 どのような症状ですか？

☐ 痛い ☐ しびれる ☐ 動きが悪い ☐ 変形 ☐ 腫脹 ☐ その他 詳細 _____

3 いつからですか？ はっきりした日付がわかる場合はその日付をご記入ください。

☐ 本日 ☐ _____ 日前 ☐ _____ ヶ月前 ☐ 約 _____ 年前 ☐ _____ 年 _____ 月 _____ 日 発症・受傷

4 思い当たる原因はありますか？

☐ なし ☐ スポーツ ☐ 転倒 ☐ 交通事故 ☐ 仕事中 ☐ その他 詳細 _____

5 今回の症状に関して他の医療機関を受診しましたか？

☐ いいえ ☐ 病院 ☐ 医院 ☐ 接骨院・カイロ ☐ 鍼灸院

6 スポーツをしていますか？ ☐ いいえ ☐ はい 種類 _____

7 今までにかかった病気や手術はありますか？

☐ なし ☐ 喘息 ☐ 糖尿病 ☐ 消化性潰瘍 ☐ 高血圧 ☐ 心臓病 ☐ 腎臓病 ☐ 脳梗塞・出血

☐ その他 _____ 受けたことのある手術名 _____

8 薬のアレルギーはありますか？ ☐ なし ☐ あり 薬剤名 _____

9 現在飲んでいる薬がありますか？ ☐ なし ☐ あり（下記にお薬の種類をチェックをお願いします）

★『あり』の方でお薬手帳をお持ちの方は拝見いたします

☐ 痛み止め ☐ 呼吸器のお薬 ☐ 糖尿のお薬 ☐ 消化器のお薬 ☐ 血圧のお薬

☐ 心臓のお薬 ☐ リウマチのお薬 ☐ アレルギーのお薬 ☐ その他

血液が止まりにくいお薬はありますか？ ☐ なし ☐ あり 薬剤名 _____

10 女性の方へ 現在妊娠中ですか？ ☐ いいえ ☐ はい ☐ 不明・可能性あり

現在授乳中ですか？ ☐ いいえ ☐ はい

■ 保険証で受診の方 ⇒ 限度額認定の確認をオンラインで行ってもよろしいですか？ ☐ はい ☐ いいえ

（限度額認定を設定すると・・・月の窓口での支払いを自己負担の限度額までにすることが出来ます）