
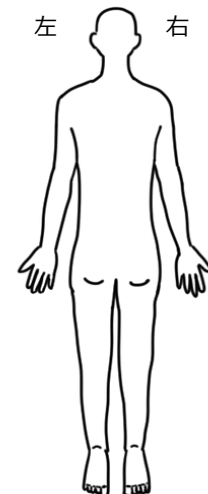


# 【問診票】

来院日：R 年 月 日

ふりがな				男 / 女
氏名				
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳 )			
住所	〒	-	都 道 府 県	
	市 区			
電話番号	自宅:	携帯:		
職業				
お薬手帳	持っている ※受付にお渡しください / 忘れた / 持っていない			
診療明細書	必要 / 不要			
他病院からの紹介状や画像	持っている ※受付にお渡しください / 持っていない			
来院きっかけ	ホームページ・紹介( )・その他			
症状に該当するものに ○をお願いします。	痛み	痺れ	腫れ	曲がらない
	歩行困難	こわばり	熱っぽい	赤くなっている
	感覚が鈍い	その他( )		
症状のある部分はどこですか？ ※右の図に○をお願いします ( )		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>右 左</p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p>左 右</p>  </div> </div>		
症状が出たのはいつからですか？				
原因と思われることはありますか？				
体内に金属はございますか？ ※人工関節やペースメーカーなど	はい / いいえ			
これまで手術を受けたことはありますか？	はい / いいえ			
はいの方: 病名( ) 時期( )				
現在治療中のご病気は ございますか？	はい / いいえ			
	高血圧	痛風	心疾患	糖尿病
	その他( )			
現在服用中のお薬はありますか？	はい ( ) / いいえ			
喫煙・飲酒について	喫煙: 吸わない 吸う( )本/日 喫煙歴( )年 飲酒: 飲まない 飲む( )ml/日			
薬や食べ物のアレルギーはありますか？	はい ( ) / いいえ			
骨粗鬆症の検査を 受けたことはありますか？	はい (検査した日: ) / いいえ			
現在介護認定を受けていますか？	いいえ / 申請中 / 要支援 / 要介護			
女性の方へ ※該当がある方のみ	妊娠中 / 妊娠の可能性あり / 授乳中			

★当院がマイナ保険証により、あなたの診療情報(受診歴、健診歴、服薬情報等)を取得することに  
同意しますか？ はい / いいえ

～書き終えましたら受付までお持ちください～