

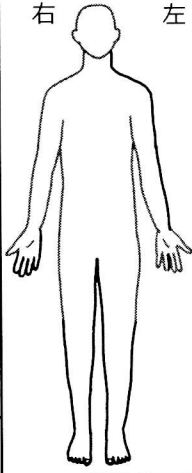
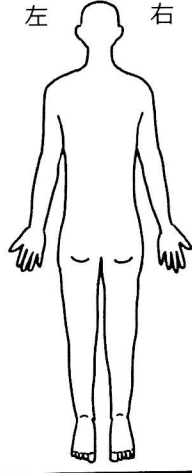
【問診票】

来院日: R3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			
ジェネリック薬品	希望する / 希望しない			
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			
来院のきっかけ	ご近所・通りがかり	看板	ホームページ	チラシ・看板
	口コミサイト(Googleマップ・カルー・病院ナビ)		ご紹介(から)	

症状に該当するものに ○をお願いします。	痛い	痺れる	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? ※記載もしくは○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?	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			
薬や食べ物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			
現在介護保険は受けていますか?	はい / いいえ			
再生医療に ご興味はございますか?	はい / いいえ			
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			

~書き終えましたら受付までお持ちください~