

【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 ※受付にお渡してください / 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 ※受付にお渡してください / 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
	ロコミサイト(Googleマップ・カーラー・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 ()					
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				

~書き終えましたら受付までお持ちください~