

【問診票】

来院日: R 5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
()

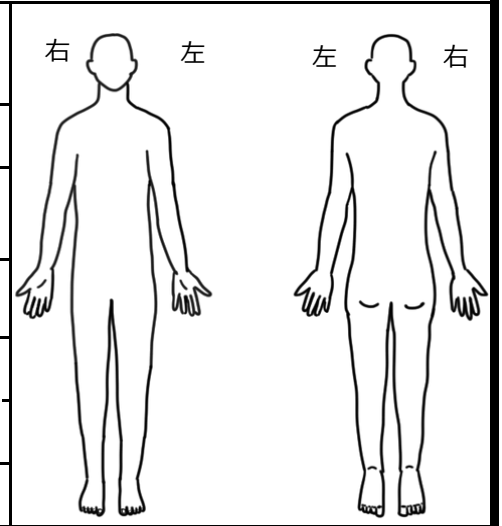
症状が出たのはいつからですか?

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

これまで手術を受けたことはありますか?

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～