

記入日 年 月 日

診療申込・問診票

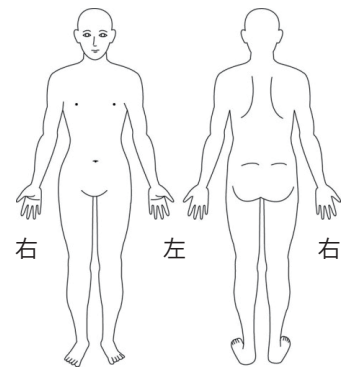
必ず、全部もれなく記入して下さい。

ふりがな		生年月日	大正 昭和 平成		
氏名	職業： 男・女	生年月日	年	月	日 (才)
			身長	cm	体重
住所	〒				
電話		連絡先 緊急	続柄		

※他院からの紹介状や画像 (CD-ROM) などをお持ちの方は受付スタッフにお渡し下さい

どのような症状ですか 症状のある部位に○をつけて下さい

- 痛い しびれる 動きにくい 腫れている
- 変形 捻挫 やけど
- その他 ()



症状はいつ頃からありますか

年 月 日

考えられるきっかけはありますか

- なし / わからない
- 工作中・通勤中のけが
- 交通事故
- スポーツ

ケガ・交通事故の場合は日にちを記入してください

年 月 日



この症状で他院を受診しましたか

- いいえ はい (受診先 いつ頃でしたか)

今までにかかった病気や手術・現在治療している疾患はありますか

- はい いいえ

上記で「はい」と答えた方は詳細を選択してください

- 高血圧 糖尿病 胃・十二指腸潰瘍 心臓病 腎臓病 肝臓病 脳梗塞・脳卒中
- 喘息 痛風 悪性腫瘍 心療内科 () その他 ()

現在定期的に内服している薬はありますか

- なし あり (薬剤名:)

薬や食べ物にアレルギーはありますか

- なし あり (内容:)

身体の中にペースメーカー、プレートなどの金属が入っていますか

- なし あり (場所)

妊娠中・授乳中ですか (女性のみ)

- 妊娠中 (カ月) 授乳中 わからない いいえ