

問診票



ふりがな

月 日

お名前 () (男・女) 生年月日 (M T S H 年 月 日生) () 歳

(〒 -) ご住所

自宅 () - ご職業 () やっているスポーツ ()

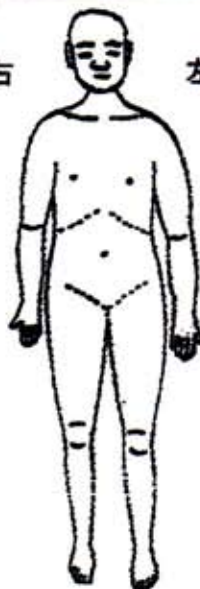
携帯 - -

※ お薬手帳をお持ちの方は、受付にお出してください。 右

左

左

右



1) いつからお悪いのですか? () から)

2) 右の図で悪いところに○印をつけて下さい。

3) どういう症状がありますか。

- () 痛い () しぶれる
() はれている () 動かしにくい
() つっぱる () しこり、できものがある
() その他 ()

4) 原因はありますか。 () ない () ある ↓

()

5) 今までに大きな病気、手術などをしたことがありますか。

() ない () ある ⇒ ()

6) 今、他に治療中の病気または内服中の薬はありますか。

() ない () ある (病名:)

(内服薬:)

7) 食べ物や薬でじんましんが出るなどのアレルギーはありますか。

() ない () ある ⇒ ()

8) 女性の方で、現在妊娠中、またはその可能性がありますか。

() ない () ある

授乳中ですか。 はい/いいえ

9) 当院のことはなにでお知りになりましたか。

() 家族・知人に関して () インターネット、ホームページ

() 駅、道路の看板 () その他⇒ ()

*骨密度測定希望 (20歳以上の方)の方は、右に○をつけてください。 () 希望する

*体内にペースメーカーが入っていますか。 () はい () いいえ

*体内に金属が入っていますか。 () はい () いいえ