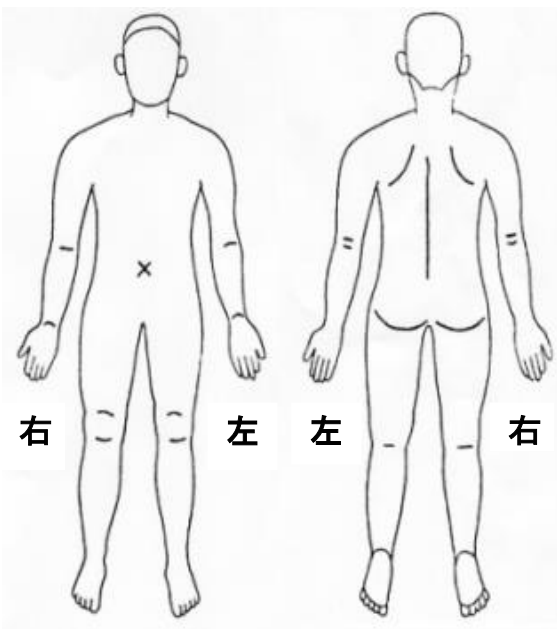


問 診 票

名 同

フリガナ		生 年 月 日	明・大・昭・平・令
氏名	(男・女)		年 月 日
住所	〒 ー	電 話 番 号	自宅
			携帯
本日はどのような症状で来院されましたか？		〔 〕	
診てもらいたいところに○をつけてください		症状が出た日・怪我をした日はいつですか？	
		症状が出た・怪我をしたきっかけはなんですか？ (工作中・通勤中・学校で・自宅で・外出先で・交通事故)	
		症状が出るのはどのような時ですか？	
		今回の症状で、他の病院等は受診されましたか？ はい ・ いいえ	
今までにかかった病気や現在治療中の病気はありますか？	はい	〔 喘息・糖尿病・高血圧・ペースメーカー いいえ 〔 その他 〕	
現在飲んでいる薬はありますか？	はい	〔 お薬情手帳持参：有・無 いいえ 〔 薬の名前： 〕	
過去に手術をしたことはありますか？ (帝王切開を除く)	はい	〔 部位： 　　　　 いつ頃： 　　　　 〕 いいえ 〔 病院名： 　　　　 〕	
薬・金属・アルコールで副作用やアレルギーがでたことはありますか？	はい	〔 金属・アルコール いいえ 〔 薬の名前： 　　　　 〕	
(女性の方のみ)妊娠の可能性はありますか？	いいえ・はい	〔 　　　　 ヶ月〕	<input type="checkbox"/> 授乳中
(10歳以下の方のみ)体重は何kgですか？	〔 　　　　 kg 〕		
介護保険認定は受けていますか？	はい・いいえ (該当者のみ)		