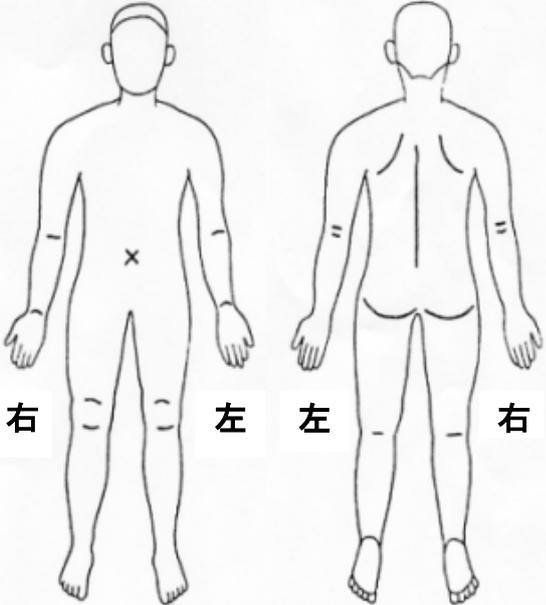


# 問診表

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？ (仕事中・通勤中・学校で・自宅で・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 いいえ	〔 喘息・糖尿病・高血圧・ペースメーカー その他 〕	
現在飲んでいる薬はありますか？	はい いいえ	〔 薬の名前: 薬情持参:有・無 〕	
過去に手術をしたことはありますか？	はい いいえ	〔 部位: 病院名: 〕	
薬やその他でアレルギーがでたことはありますか？	はい いいえ	〔 金属・アルコール 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	〔 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)		