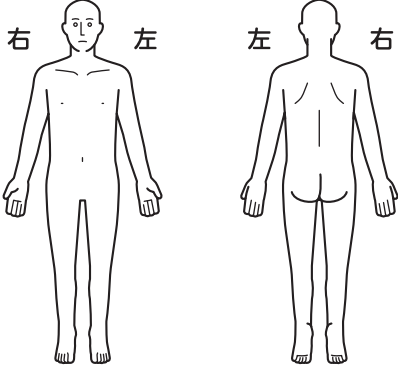


問 診 票

ふりがな	_____		
氏 名	様		男 ・ 女
住 所	〒 - _____	電話番号	(_____)
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和	年	月 日 (_____ 歳)

1	どのような症状ですか？○をつけてください。 ・痛み ・しびれ ・赤い ・動かない ・腫れている ・感じが鈍い ・その他(_____)	症状のある部位に○をつけてください。 右 左 左 右 
	どのような時にその症状がありますか？ (_____)	
	それはいつ頃からですか？ (_____)	
2	今回の症状で原因はありますか？○をつけてください。 ・転倒 ・スポーツ ・交通事故 ・仕事中のケガ(通勤途中を含む) ・学校でのケガ(安全会を使用 する しない) ・特に思い当たらない ・その他(_____)	
3	現在治療中の病気または過去にした病気・手術があれば○をつけてください。 ・心臓病 ・肝臓病 ・腎臓病 ・肺疾患 ・喘息 ・糖尿病 ・高血圧 ・その他(_____)	
	過去にした手術があれば○をつけてください。 ・心臓ペースメーカー ・ステント ・脳クリップ ・その他(_____)	
4	服用している薬はありますか？○をつけてください。 (お薬手帳があれば、必ず問診票と一緒にご提出ください。)	・ない ・ある
	お薬手帳がない方へ それは何の薬ですか？ (_____)	
5	薬・注射にアレルギーはありますか？	・ない ・ある(_____)
6	当てはまる方は○をつけてください	・妊娠中 ・授乳中
7	当院をどのようにして知りましたか？	・前を通過 ・紹介 ・ネット ・看板 ・その他(_____)
8	骨粗しょう症の検査をしたことがありますか？	・ない ・ある
9	予診・レントゲン撮影後、診察まで外出しますか？	・1時間以上ならする ・2時間以上ならする ・しない