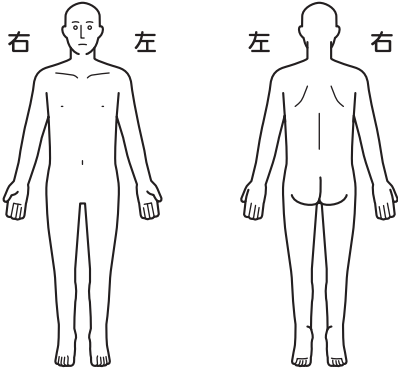


問 診 票

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？	・前を通過して ・紹介 ・ネット ・看板 ・その他()
8	肩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

※ 当院では個人情報管理を十分行いながら薬剤の治療効果などの研究を行い、医療の進歩に貢献しています。ご理解とご協力ください。
 ※ 当院は、質の高い医療の提供に努めております。正確な情報取得や活用のため、国の指導に従い、マイナ保険書の利用にご協力をお願いします(医療情報・システム基盤整備体制充実策医療機関)。