

No.

# 問診票

保険証 有無: 有・無  
保険証お返し: 済

ふりがな

氏名

様

## 1. 症状をご記入ください

・いつ頃からですか？

[ ]

・どんな症状ですか？

[ ]

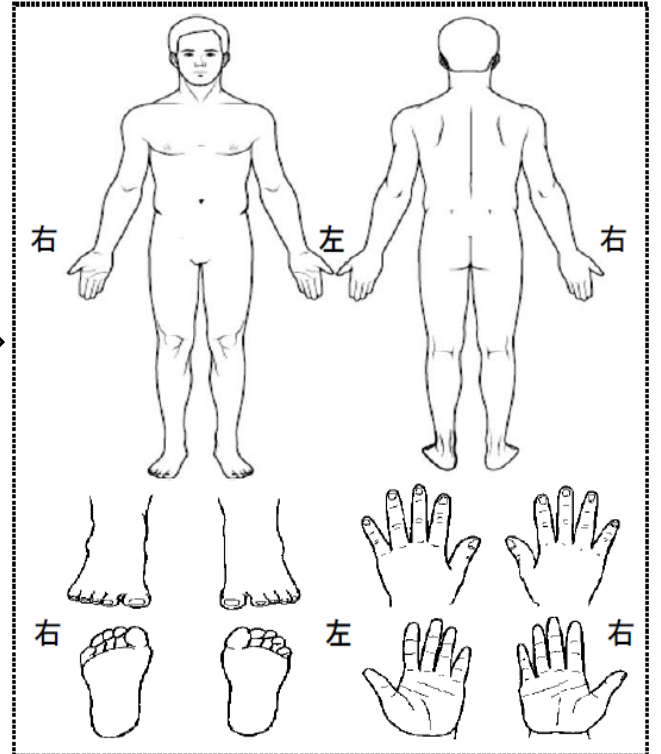
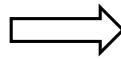
・気になる症状の部位を右の図で示して下さい

・症状が出たきっかけ・原因はなんですか。

[ ]

・過去に手術を受けた事がありますか。

いいえ はい ( )



## 2. 現在、治療中の病気はございますか？お薬手帳をお持ちの方は医師にお見せ下さい。

喘息 高血圧 心臓病 肝臓病 腎臓病 糖尿病 前立腺肥大 緑内障  
その他 [ ]

## 3. 今までに薬や食べ物でアレルギー症状(発疹、気分不快)を起こしたことがありますか。

薬 : いいえ はい 薬剤名: \_\_\_\_\_ 症状: \_\_\_\_\_  
食べ物: いいえ はい 食べ物: \_\_\_\_\_ 症状: \_\_\_\_\_

## 4. ペースメーカーを入れてありますか。 いいえ はい(電気治療はできません)

## 5. 女性の方の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか いいえ はい 可能性がある

授乳中ですか いいえ はい

※「はい」又は「可能性がある」を選択された患者様

一部の検査・薬剤の処方を、医師の判断により行わない場合がございます。

## 6. その他

例)薬の処方のみ希望、リハビリ希望、交通事故診断書希望など

## 7. 当クリニックをどちらでお知りになりましたか？

インターネット 新聞折込 看板 紹介 広告・チラシ 通りがかり その他 ( )

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出ください。

かわごえ駅前整形外科