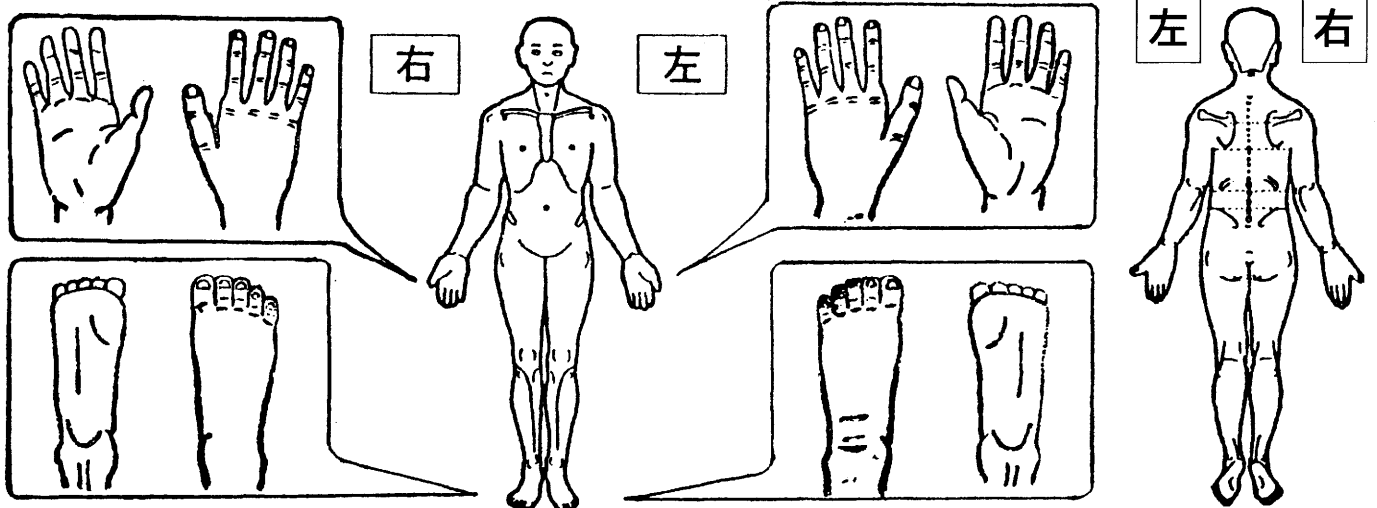


問 診 表		受 付 日 平 成 年 月 日		
フリガナ				
氏 名		男・女		
生年月日		明・大・昭・平 年 月 日		
現住所		〒	職種	
電話	自 宅		身長	cm
	携 帯		体重	kg

1) いつ頃から。
 本日・昨日・()日前・1週間前・1ヶ月前・その他()

2) 何かきっかけはありましたか。

3) どの部位ですか。(該当する部位に○)



4) どのような症状がありますか。
 痛み・しびれ・腫れ・出血 その他()

5) 今回の病気、ケガで他の病院で診てもらった事がありますか。
 いいえ・はい→ _____ 病院・医院

6) 薬、注射、食品などでアレルギーが起きたことはありますか。
 いいえ・はい→ _____

7) 今までにかかった病気はありますか。
 いいえ・はい→ 喘息、高血圧、不整脈、狭心症、心筋梗塞、心臓病
 糖尿病、肝炎(A型・B型・C型)、胃潰瘍、甲状腺病
 腎臓病、脳梗塞、その他()

8) 今までに受けた手術はありますか。
 いいえ・はい→ _____

9) 今飲んでるお薬はありますか。お薬の名前は何か。
 いいえ・はい→ _____
 どこでもらっていますか。→ _____ 病院・医院

10) 現在妊娠の可能性はありますか。(レントゲン撮影の為、女性のみ回答)
 いいえ・はい