

問 診 票

平成 年 月 日

ふりがな
氏 名 _____ 明・昭
生年月日 _____ 大・平 年 月 日
※番号・マンション名までご記入ください。

住 所 _____ 都・道
府・県 _____ 区・市
郡 _____

自 宅
電話番号 _____ 性 別 男 (M) ・ 女 (F)

携 帯
電話番号 _____ 緊 急
連絡先 _____
(勤務先・知人・友人等)

*お名前でお呼び出ししてよろしいでしょうか? (同意する ・ 同意しない)

※ 紹介状・MRI等の画像をお持ちの方は、受付にご提出ください。

◎いつから症状がありますか?

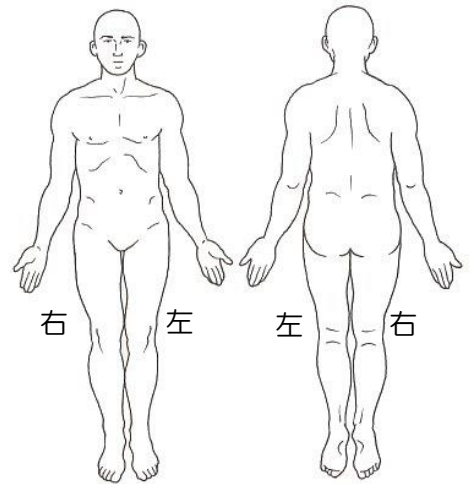
_____ から

◎右の図の症状のある部位に○印をつけてください

◎どのような症状ですか?

痛み ・ しびれ ・ 歩行困難

*その他の症状があれば、以下にご記入ください



◎その原因にここあたりがありますか?

はい ⇒ 転倒 ・ 交通事故 ・ その他 いいえ

☆いつ受傷されましたか? 通勤中 ・ その他

はいの方 ⇒ *以下に詳細をご記入ください

◎この症状に関して、どこかで治療を受けましたか?

はい ⇒ (_____ 病院、医院)

(投薬 ・ リハビリ ・ その他 (_____))

いいえ

◎現在治療中の病気はありますか？

はい ⇒ 高血圧 心臓病 糖尿病 喘息 その他（ ）

いいえ

◎現在、服用中の薬はありますか？（お薬手帳などをお持ちの方は、受付にご提出ください）

はい ⇒ []

いいえ

◎今までに手術を受けたことがありますか？

はい ⇒ ペースメーカー手術 脳クリッピング手術 前立腺手術

その他 []

いいえ

◎アレルギーはありますか？

はい ⇒ 食べ物（ ） 薬（ ）

金属（ ） その他（ ）

いいえ

◎女性の方にお尋ねいたします。

妊娠している可能性はありますか？

ある

ない

◎当院をどのようにして、お知りになりましたか？（複数回答可）

インターネット

[→どのようにしてホームページを見ましたか。（複数回答可）]

パソコンから スマートフォン・タブレットから 携帯電話から

雑誌・書籍等

電車・バス広告

知人・家族からの紹介

他病院からの紹介

近所に住んでいる

過去に受診したことがある

その他（ ）

◎本日はどのような交通手段でご来院されましたか？（複数回答可）

地下鉄 電車 バス 徒歩

タクシー 自家用車 自転車・バイク

その他（ ）

◎その他にご希望等がありましたらご記入下さい

[]

ご記入ありがとうございました。