

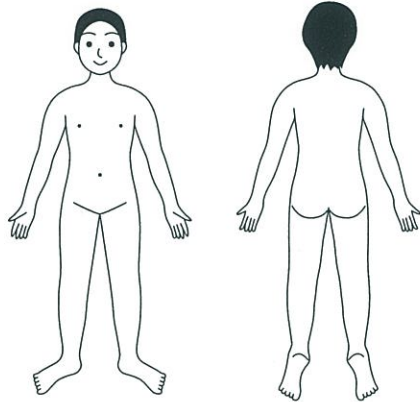
外 来 問 診 票

年 月 日

ふりがな 氏 名	男 ・ 女
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	職業・学年：
住所 〒 -	電話 - - 携帯 - -

1. 本日はどうなさいましたか？

↓ 具合の悪いところに○を付けてください。



- ①いつ頃からですか？
()
- ②どこですか？ 右 ・ 左
部位 ()
- ③どのような症状ですか？
 ・痛み ・しびれ ・重苦しさ ・腫れ
 その他 ()
- ④症状について何か原因はありますか？
 いいえ
 はい ()
 交通事故・仕事上のケガ

2. 現在治療中、もしくは今までにかかった病気に○か記入をしてください。

- 高血圧 喘息 腎臓病 リウマチ 糖尿病 肝臓病 胃潰瘍 痛風
 心臓病 ペースメーカー使用中 体内植え込み式除細動器使用中 頭蓋内クリップ
 脳梗塞 スtent その他 ()

3. 現在、何かお薬を飲んでいますか？
 いいえ ・ はい ()
 ・ お薬手帳持参 (あり ・ なし)

4. 血液をサラサラにするお薬を飲んでいますか？
 いいえ ・ はい

5. 今まで、手術を受けたことはありますか？
 いいえ ・ はい ()

6. 薬・食物のアレルギーはありますか？
 いいえ ・ はい ()

7. 女性の方へ質問です。 ・妊娠している ・可能性がある ・妊娠していない ・授乳中
 (週)

8. 骨密度検査を希望されますか？ いいえ ・ はい
 (当院では50歳以上の女性、70歳以上の男性に骨密度検査をおすすめしております。)

ご協力ありがとうございました。書き終わりましたら、総合受付にお渡しください。
 順番がきましたら呼び致しますので、もう少々お待ちください。尚、プライバシーは厳守致します。