

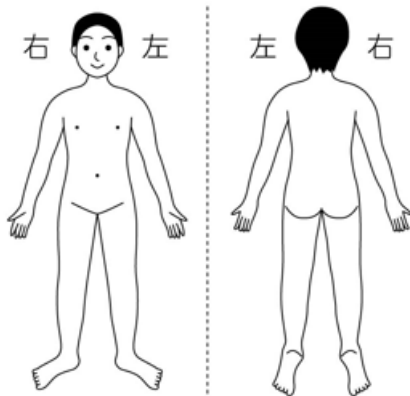
# 外 来 問 診 票

年 月 日

ふりがな <b>氏 名</b>	男 ・ 女
生年月日 大・昭・平・令 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症状の原因、きっかけを教えてください。  
( )
- ⑤下記に当てはまる場合は○をつけてください。  
交通事故 ・ 通勤中のケガ ・ 工作中的ケガ

2. 現在治療中、もしくは今までにかかった病気に○か記入をして下さい。

- 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 甲状腺 その他( )

3. 女性の方へ質問です。

- ・妊娠している(予定日 現在 週) ・可能性がある ・授乳中 ・妊娠していない

4. 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 )

5. 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

6. 今まで、手術を受けたことはありますか？ いいえ ・ はい( )

7. アレルギーはありますか？ いいえ ・ はい

- 薬 ( )
- 食べ物 ( )
- 局所麻酔薬 ( )

8. 介護保険サービスを利用されていますか？ いいえ ・ はい ( デイケア ・ デイサービス )

9. 50 歳以上の女性、70 歳以上の男性に質問です。

今まで、骨密度の検査を受けたことはありますか？ いいえ ・ はい

ご協力ありがとうございました。書き終わりましたら、受付スタッフにお渡してください。

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。