

問 診 票

🍀 お手数ですが、下記質問にお答えください 🍀

			記入日	年	月	日
フリガナ 氏名		男・女	生年月日	明・大・昭・平		
				年	月	日
						歳
住所	〒	電話				
		携帯				

【1】 本日は、どのような症状で来院されましたか？

- 整形外科 痛み しびれ 腫れ ペインクリニック 部位 _____
- 皮膚科 発疹 かゆみ できもの 腫れ 痛み
- 擦り傷 切り傷 やけど 巻き爪 部位 _____
- その他 発熱 (_____ °C) 咳・痰 鼻水 腹痛 下痢
- 嘔吐 便秘 花粉症 頭痛
- 上記以外 (_____)
- 保険適応外 予防接種 健康診断 ピアス 勃起不全 (ED) 薄毛治療 (AGA)

【2】 上記の症状はいつからですか？ _____ 頃から

【3】 原因に心当たりありますか？

- 特にない 交通事故 仕事中のケガ
- 転倒した ぶつけた ひねった 転落した
- その他 (_____)

【4】 今回の症状で、他医で治療を受けたことがありますか？ ない ・ ある

【5】 今までに下記の病気、その他入院・手術を必要とする病気にかかったことがありますか？

- 喘息 高血圧 心臓病 高脂血症 肝臓病 腎臓病 糖尿病
- 前立腺肥大 痛風 緑内障 その他 (_____)

【6】 現在内服している薬はありますか？ ない ・ ある (お薬手帳 ある ・ ない)

【7】 薬や食べ物のアレルギーはありますか？ ない ・ ある

あるの方 ⇒ (_____)

【8】 女性の方のみお答えください。

※ 妊娠中、または可能性がありますか？ いいえ ・ はい

※ 授乳中ですか？ いいえ ・ はい

【9】 15歳未満のお子様のみお答えください。 体重： _____ kg

🍀 ご記入ありがとうございました。お手数ですが窓口までご提出ください 🍀