

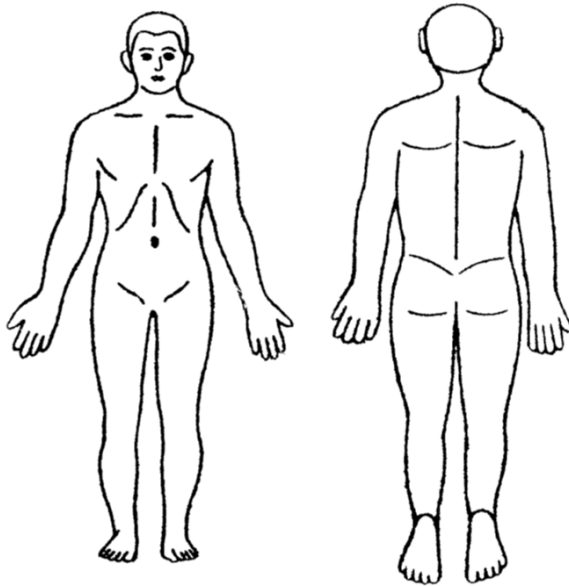
# 問 診 票

フリガナ		男・女	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 ( 歳)
氏名				
自宅住所	〒			
自宅電話	( )	携帯電話	( )	

**1) 来院のきっかけとなった症状をなるべく詳しくお書きください**

痛みの場所を赤色  
 しびれの場所を青色  
 違和感の場所を黒色を書き入れてください

※どのような症状ですか？




---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

※その症状はいつからですか？

---

---

---

---

---

**2) これまでの主な職種**

**3) これまでの主なスポーツ歴**

**4) 今までにかかった病気、けが、治療はありますか？** はい いいえ

「はい」の方は、該当する箇所に○をつけてください

高血圧    糖尿病    腎疾患    肺炎    結核    関節リウマチ    膠原病    パーキンソン病  
 不整脈    心筋梗塞    心不全    狭心症    脳梗塞    脳出血    下肢静脈瘤  
 喘息（最終発作：    年前）    前立腺肥大    肝炎（B型・C型）    感染症（HIV・梅毒）  
 悪性腫瘍(がん)(部位：    )  
 上記以外のご病気があれば記入して下さい

---

手術歴があれば、いつ頃何の手術をしたのかご記入ください

---

5) 体内に金属を入れる手術を受けたことはありますか？ はい いいえ  
「はい」の方は、該当する箇所に○をつけてください  
ペースメーカー      スtent      金属プレート      その他 (                      )

6) かかりつけ医はありますか？ はい いいえ  
医療機関名：  
担当医：

7) 現在飲んでいる薬を記入してください  
(処方の内容が分かるものを提出していただければ記入の必要はありません)

8) 血液をさらさらにする薬を内服していますか？ はい いいえ  
「はい」と答えた方は、内服している薬に○をつけてください  
バイアスピリン・プラビックス・プレタール・パナルジン・タケルダ・コンプラビン  
ワーファリン・プラザキサ・エリキュース・エパデール・リクシアナ・その他 (                      )

9) 薬剤・食物アレルギーはありますか？ はい いいえ  
「はい」と答えた方は、アレルギーのある薬剤・食物と、その症状を記載してください。

10) 麻酔で体調を崩したことがありますか？ はい いいえ  
「はい」答えた方は、麻酔の種類と、症状の詳細を記載してください。

1 1) 交通事故ですか？ はい いいえ  
「はい」の方は下記事項もご記入ください

単独・相手あり

受傷日                      年                      月                      日

1 2) 工作中・通勤途中でのお怪我ですか？ はい いいえ

1 3) 女性の方に伺います  
現在妊娠中、または妊娠の可能性はありますか？ はい いいえ

1 4) アルコールを飲みますか？ はい いいえ  
どのくらい飲みますか： 1日 \_\_\_\_\_ 本 / 合      □毎日      □週 \_\_\_\_\_ 日      □機会飲酒

1 5) たばこを吸いますか                      はい                      過去に吸っていた                      いいえ  
喫煙歴のある方はご記入下さい      1日 \_\_\_\_\_ 本                      喫煙年数 \_\_\_\_\_ 年間 ( \_\_\_\_\_ 歳頃～)

1 6) 当院を受診されたきっかけを教えてください。  
知人の紹介      ホームページを見て      通りがかり  
口コミを見て      医療機関からの紹介      その他 (                      )