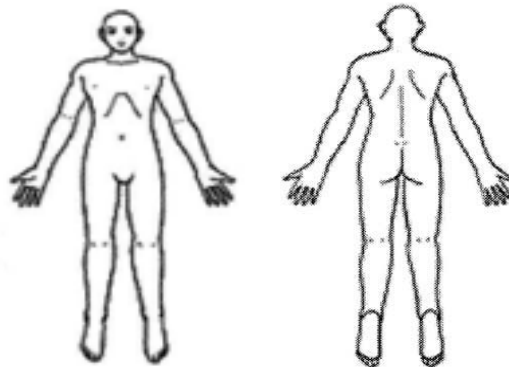


問 診 票

ID _____

フリガナ		性別	生 年 月 日		年齢	身長	体重
お名前		男・女	大正 昭和 平成	年 月 日			
住所	〒 横須賀市				自宅	—	—
					携帯	—	—

1. 本日、診察希望の部位は、どこですか？



2. どのような症状ですか？

痛み、はれ、しびれ、こわばり、出血、変形、しこり、曲がらない、伸びない、感覚がにぶい、違和感がある、歩行困難、その他

3. それはいつ頃からですか？

4. 原因はありますか？ 原因を、ご記入ください。

原因不明 ・ ある

5. どこで何をしているときに症状がでましたか？

自宅、学校・通学途中、工作中・通勤途中、不明・その他

6. 現在、治療中の病気・ケガがあれば、ご記入下さい。

高血圧、糖尿病、狭心症、不整脈、脳梗塞、喘息、胃潰瘍、その他
お薬手帳 あり ・ なし

7. 過去に入院・手術をした病気やケガがあれば、ご記入下さい。

なし ・ あり

8. 薬・注射・食べ物で、副作用やアレルギーが出たことがあれば、ご記入下さい

なし ・ あり

9. 女性の方にお伺いします。現在妊娠の可能性はありますか？

なし ・ あり ・ 不明

10. 当院をどのように、お知りになりましたか？（アンケートです。ご協力お願いいたします。）

受診暦あり、近所、家族受診、看板、ホームページ、紹介(他院・接骨院・学校・知人) その他

11. 専門外来、医師の希望がございましたらご記入下さい。

①整形全般 ②腰痛外来 ③リウマチ外来 ④スポーツ外来 / 佐藤・長谷川・川上