

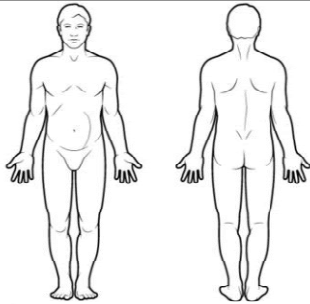


問診票

もんしんひょう

令和 年 月 日

ふりがな		性別	男 女	生年 月日	大正・昭和・平成・令和
お名前					年 月 日 (歳)
ご住所	〒				
電話番号	自宅 (- -)		携帯 (- -)		
職業/学年		身長	cm	体重	kg

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> はれ <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 動かない <input type="checkbox"/> 変形 <input type="checkbox"/> しこり <input type="checkbox"/> 感覚が鈍い <input type="checkbox"/> 違和感がある <input type="checkbox"/> 歩行困難 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症が気になる <input type="checkbox"/> その他 ()	 部位を○で囲んで下さい
それはいつからですか	<input type="checkbox"/> 本日 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> 年 月 日頃	
考えられるきっかけは何ですか	<input type="checkbox"/> 工作中・通勤中のけが <input type="checkbox"/> スポーツ () <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> はっきりした原因不明	
交通事故の場合	事故発生時刻 年 月 日 時 分頃	
自費診療ご希望の方	<input type="checkbox"/> プラセンタ <input type="checkbox"/> ニンニク (ビタミン) 注射 <input type="checkbox"/> パーソナルトレーニング <input type="checkbox"/> ED治療 <input type="checkbox"/> AGA治療 <input type="checkbox"/> インディバアクティブ <input type="checkbox"/> 白玉点滴	
この症状で他院を受診しましたか	<input type="checkbox"/> 受診していない <input type="checkbox"/> 以前受診した <input type="checkbox"/> 今も受診している 病院・医院名 ()	
今までにかかった病気や受けた手術 現在治療している疾患はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
上記で「はい」と答えた方は 詳細を選択してください	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 脳梗塞/脳卒中 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 癌・悪性腫瘍 () <input type="checkbox"/> 心療内科疾患 () <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 手術名 () <input type="checkbox"/> いつ頃 ()	
薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> はい () <input type="checkbox"/> いいえ	
薬や食べ物にアレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> はい (原因:) <input type="checkbox"/> いいえ	
注射で具合が悪くなったことがありますか	<input type="checkbox"/> はい (症状:) <input type="checkbox"/> いいえ	
妊娠中または授乳中ですか (女性のみ)	<input type="checkbox"/> 妊娠中 (週 日) <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない	
身体の中にペースメーカー、プレート などの金属が入っていますか	<input type="checkbox"/> はい () <input type="checkbox"/> いいえ	
当院を受診したきっかけは何ですか	<input type="checkbox"/> ご家族の紹介 <input type="checkbox"/> ご友人のご紹介 (様) <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 検索サイト () <input type="checkbox"/> 当院の看板を見て <input type="checkbox"/> 電柱の看板を見て <input type="checkbox"/> その他 ()	

ご記入ありがとうございました。