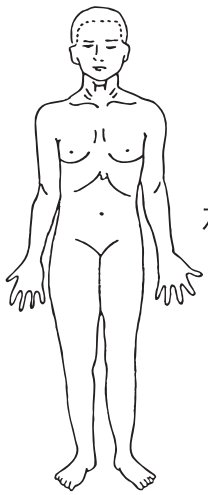



問診票 (診察される方へ)

ふりがな					男・女
お名前					
生年月日	(大・昭・平・令)	年	月	日	()才
ご住所	県	市	町	番地	
自宅電話	() -	携帯	-	-	続柄

※未成年の方は、保護者の番号をお願いします。

下記の質問に○をつけてお答え下さい。

<p>1. 診察を希望するところはどこですか 首・腰・膝・足・頭・肩・胸・背中・腕・手・ひじ・股関節 その他 ()</p>	<p>部位に○印をつけて下さい</p> <div style="text-align: center;">  <p>右 左</p> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  <p>左 右</p> </div>
<p>2. どんな症状ですか 痛い・しびれる・かゆい・圧迫感がある その他 ()</p>	
<p>3. 症状はいつ頃からですか (年 月 日 負傷・発症) 本日より ()ヶ月前、()週間前、()日前</p>	
<p>4. 原因は何ですか スポーツまたは習い事で(種目) 転倒・打ち身・切り傷・仕事の使い痛み・わからない その他 () 工作中的の事故ですか (はい・いいえ) ↳ 労災保険を (つかう・つかわない) 交通事故：追突した・追突された・正面衝突・自損事故</p>	
<p>5. この病気で当院以外で治療されましたか 病院・クリニック(医院)・接骨院・いいえ</p>	
<p>6. 病気の診断にあたりMRI検査を希望しますか (する・しない) ドクターに必要と言われたら (する・しない) * MRI 検査料は3割負担の方で約5,000円です。</p>	
<p>7. 入れ墨・タトゥーはありますか (ある・ない)</p>	
<p>8. 薬でアレルギー症状が出たことがありますか (はい・いいえ) 何の薬ですか ()</p>	
<p>9. 医師からぜんそくと言われたことがありますか (はい・いいえ) はいと答えられた方へ、現在も治療中ですか (はい・いいえ)</p>	
<p>10. 現在、薬を飲んでいますか (はい・いいえ) 心臓・胃・血圧・コレステロール・風邪・安定剤・睡眠剤・血液をサラサラにする薬・糖尿・痛風 痛み止め・ビタミン剤・骨粗鬆症・リウマチ・その他 ()</p>	
<p>11. 女性の方へ、現在、妊娠されていますか (はい・いいえ・わからない)</p>	