

ID: 問 診 票 受診日 年 月 日

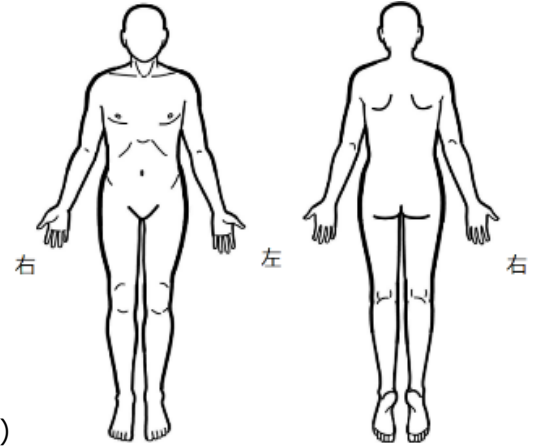
フリガナ		生 年 月 日
お名前	男 ・ 女	S・H・R 年 月 日 (才)
ご住所	(〒 -)	
TEL:	携帯:	
介護認定	なし ・ 要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5	
	身長	cm 体重 kg

1) どのような症状で来院されましたか？
 痛い・しびれる・腫れている・その他 ()
 主な症状の部位を右の図に○でお書きください。

2) いつからですか？ 頃から

3) 原因はありますか？
 特になし・転倒・転落・工作中・スポーツで
 交通事故・その他 ()

4) 今回の症状に対して治療されましたか？ (はい ・ いいえ)
 病院・クリニック名 当院・他院 診断名 ()



5) 紹介状はお持ちですか？ (はい ・ いいえ) 画像データ (CD-R) (あり ・ なし)

※紹介状をお持ちの方は受付にお渡しください。

6) 今までにかかった病気がありますか？ (はい ・ いいえ)
 病名 ()

7) 現在治療中の病気はありますか？ (病名:)

8) 服用中の薬はありますか？ (はい ・ いいえ) お薬の名前 ()

※お薬手帳をお持ちの方は受付にお出しください。

9) お薬や食べ物のアレルギーはありますか？ (はい ・ いいえ)
 薬の名前 () 食べ物 ()

10) 女性の方へ
 現在妊娠の可能性はありますか？ (はい ・ いいえ)
 現在授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)

11) 当クリニックをどのようにして知りましたか？
 他院からの紹介・知人の紹介 (差し支えなければお名前を教えてください) ()

口コミ・近所・ホームページ・インターネット検索・以前院長にかかっていた

12) そのほか、なにかございましたらご記入ください。

◆スタッフ使用欄	
スキャン	登録