

問 診 票

ふりがな

氏名

男・女

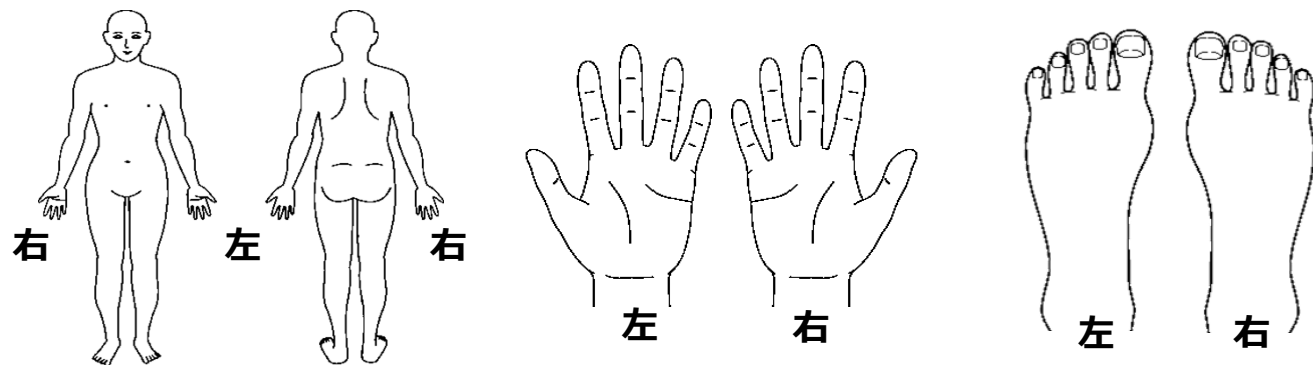
生年月日) T・S・H・R

年 月 日

希望される科を選択してください

整形外科 内 科 脳神経内科 リウマチ科 わからない

症状がある部位を○で囲んでください



どのような症状がありますか？

(_____)

いつからですか？

本日・()日前・()週間前・()年前・(その他 _____)

原因は何ですか？(整形外科に受診される方のみご記入ください)

ケガ 交通事故 スポーツ 不明 その他(_____)

今までに下記の病気やケガ、その他入院を必要とする病気やケガをしたことがありますか？

該当なし 喘息 高血圧 心臓病 肝臓病 糖尿病
前立腺肥大 緑内障 悪性腫瘍 高コレステロール血症
骨折(部位: _____) その他(_____)

現在も治療中ですか？

いいえ・はい (医療機関名: _____)

薬や食べ物のアレルギー症状(発疹、気分不快)を起こしたことがありますか？

◆薬 いいえ・はい (薬名: _____)
◆食べ物 いいえ・はい (食べ物: _____)

※女性の方のみお答えください

妊娠中ですか？ いいえ はい 可能性がある

授乳中ですか？ いいえ はい

薬局に処方箋をFAXし、受取までの時間を短縮することができますが、希望されますか？

最寄りの薬局を希望する
希望しない

当院の治療について

リハビリテーション(理学療法)に最も力を入れております

