

ID \_\_\_\_\_

# 問 診 表

マイナンバーカード受付 あり なし

介護保険サービス利用 あり なし

フリガナ					職業		
氏名	様	性別	男・女				
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	歳	体重	kg
住所	〒 _____			携帯電話			
				自宅電話			

※ 女性の方にお尋ねします 現在妊娠中・授乳中ですか

妊娠していない  妊娠している ( \_\_\_\_ ヶ月)  授乳中 ( \_\_\_\_ ヶ月)

● 本日はどうなさいましたか

部位	いつから	どのような症状ですか？その症状の原因はありますか？
		痛む・腫れ・しびれ・動きが悪い 他:
●リハビリを希望されますか <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 必要なら希望する <input type="checkbox"/> 希望しない		

● 今までに大きな病気をしたことがありますか いいえ はい

心臓疾患  ペースメーカー  透析  ストーマ  
 糖尿病  喘息  高血圧  脳梗塞  胃潰瘍  高脂血症  
 緑内障  肝炎  熱性けいれん  前立腺肥大  
 その他に大きな病気・手術の経験はありますか 病名・治療内容 ( \_\_\_\_\_ )

● アレルギーはありますか  なし  あり  
 薬(薬品名: \_\_\_\_\_)  食品( \_\_\_\_\_)  花粉症

● 現在服用されているお薬はありますか お薬手帳を受付に提示して下さい  
 なし  あり( \_\_\_\_\_ )

● 鎮痛剤を飲むと胃腸の具合が悪くなりますか いいえ はい

● 当院を知ったきっかけはなんですか(複数可)  
 知人の紹介(紹介者: \_\_\_\_\_)  ご自宅・職場から近い  道路看板  
 当院のホームページ(パソコン・携帯電話)  通り沿いにある病院なので  
 当院のInstagram  その他( \_\_\_\_\_ )

★ご記入が済みましたら、受付にお願いいたします。ご協力ありがとうございました。★  
 のかおい整形外科