

No.

問診票

保険証 有無: 有・無
保険証お返し: 済

ふりがな

氏名

様

1. 症状をご記入ください

・いつ頃からですか？

[]

・どんな症状ですか？

[]

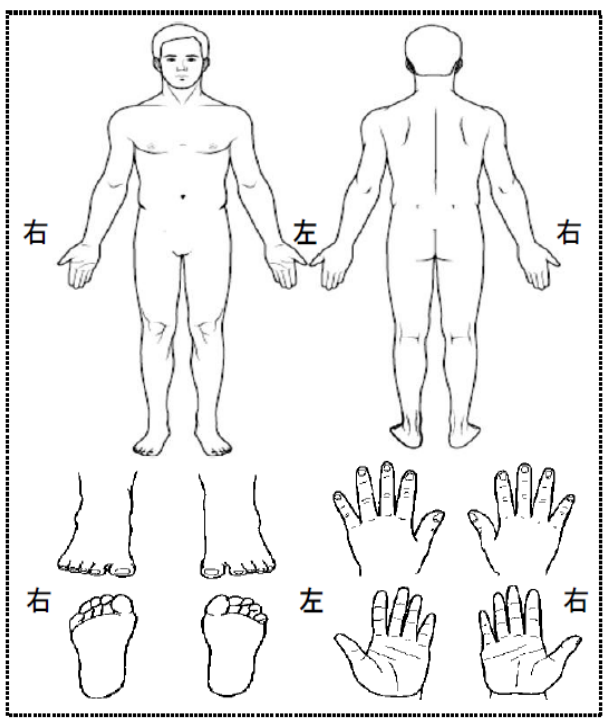
・気になる症状の部位を右の図で示して下さい

・症状が出たきっかけ・原因はなんですか。

[]

・過去に手術を受けた事がありますか。

いいえ はい()



2. 現在、治療中の病気はございますか？お薬手帳をお持ちの方は医師にお見せ下さい。

喘息 高血圧 心臓病 肝臓病 腎臓病 糖尿病 前立腺肥大 緑内障
その他 []

3. 今までに薬や食べ物でアレルギー症状(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 薬剤名: _____ 症状: _____
食べ物: いいえ はい 食べ物: _____ 症状: _____

4. ペースメーカーを入れていますか。 いいえ はい(電気治療はできません)

5. 女性の方の方のみお答え下さい。

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

※「はい」又は「可能性がある」を選択された患者様

一部の検査・薬剤の処方を、医師の判断により行わない場合がございます。

6. その他

例)MRI撮影、フィットネスリハビリ、パーソナルパワープレート、マンツーマンリハビリ(運動療法)希望

7. 当クリニックをどちらでお知りになりましたか？

インターネット 新聞折込 看板 紹介 広告・チラシ 通りがかり その他

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出ください

U-PLACEかわごえ整形外科