

問診票

ふりがな		性別	住所	〒
名前		男・女		
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日	年齢	電話	自宅 ()
		歳		携帯電話 ()

- (1) 診察してもらいたい部位に○印をつけて下さい。(右図)
- (2) 具合の悪い内容は何ですか？
 痛み ・ しびれ ・ 腫れ
 その他 ()
- (3) それはいつごろから、始まりましたか？
 _____年 _____月 _____日 または _____位前から
- (4) 原因は何ですか？
 ①わからない
 ②ある方 ()
 ③交通事故 労災 (工作中 ・ 通勤)
- (5) (1)に対してどこかで治療していましたか？
 ①なし
 ②あり ・ どのような治療ですか？ ()
- (6) 今まで薬や麻酔薬でアレルギー(副作用)がありますか？
 ①なし
 ②あり ・ どのような薬でどのようになりましたか？ ()
- (7) 治療中または過去に治療をした病気やケガはありますか？
 ①なし
 ②あり 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓疾患 ・ 消化器疾患 ・ その他()
- (8) 診察の結果、検査・薬・注射・リハビリテーションなどの治療が必要な場合、それらを希望しますか？
 ①希望する
 ②希望しない 希望しないものに○をつけてください。
 レントゲン検査 ・ 血液検査 ・ 薬 ・ 注射 ・ リハビリテーション
- (9) 女性の方へ。現在、妊娠している可能性がありますか？
 ①なし ②あり ()ヶ月
- (10) 介護保険証はありますか？
 ①なし ②あり (要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)
- (11) 当クリニックを知ったきっかけを教えてください。
 ホームページ ・ フェイスブックなどのSNS ・ 電柱広告
 紹介 (家族 ・ 友人 ・ 知人 ・ 他院)
- (12) にんにく注射やプラセンタ注射に興味はありますか？
 ①興味なし ②興味あり

