# 問 診 票

年　　月　　日

| フリガナ | | 男・女 | 歳 | 職業 | |
|---|---|---|---|---|---|
| 氏名 | | 電話番号 | | | |
| 住所 | | | | | |

**※診察を希望する部位**

□頭　□顔　□首　□腕　□肘　□手　□胸　□背中　□肩
□腰（別問診あり）　□股関節　□ひざ　□足
□その他（　　）

**※いつからですか**

**※どんな症状ですか**

**※現在他の病院にかかっていますか**

病名　□高血圧　□糖尿病　□心疾患　□喘息　□脳疾患　□肝炎
□アスピリン喘息　□アレルギー　□その他（　　）
病院名　（　　）
内服薬　（　　）
※現在、他の病院に入院中ですか？　□はい　□いいえ

**※今までに薬や注射で気分が悪くなったり発疹ができた事がありますか？**

□ある（　　）　□ない

**※４０歳以上の方**

□気になる　➡　検査を　□希望する　□希望しない
骨粗しょう症
□気にならない

**※女性の方**

妊娠の可能性がありますか？
□ある（　　週目）　□ない

**※けがの場合**

□仕事中のけが　□通勤途中のけが　□学校でのけが　□交通事故
□その他　（　　）