

問 診 票

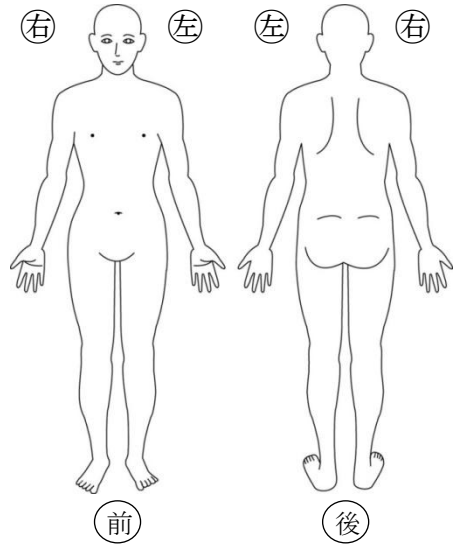
平成 年 月 日

住 所	〒 _____		電 話	自宅 ()	携帯 ()
フリガナ			男 ・ 女	● 下記いずれかに必ずチェックして下さい	
氏 名				<input type="checkbox"/> 健康保険	<input type="checkbox"/> 労災 (工作中・通勤中)
生年月日	[明・大・昭・平]	年 月 日	<input type="checkbox"/> 自賠責(交通事故等)	<input type="checkbox"/> 自費	
※当クリニックを何で知りましたか? 紹介・ホームページ・看板・知人・その他 ()					

● 本日の診察希望 整形外科 皮膚科(火曜日のみ) 両方
皮膚科受診希望の方 かゆみ・湿疹・かぶれ・その他 ()

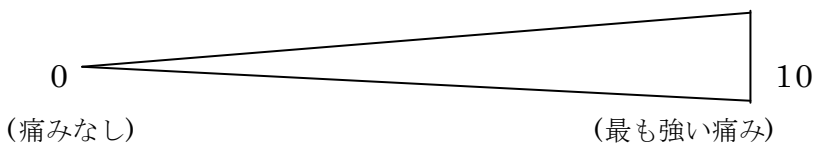
● どうしましたか? ★ 詳しく記入して下さい

・ いつ…
・ どこで…
・ どこが…
・ どうしましたか…



※症状のある所に○をつけて下さい

・ 今の痛みの程度 (縦線を引いて下さい)



・ ペースメーカーの使用はありますか? はい・いいえ

・ 現在治療している病気はありますか? はい・いいえ

★ はい→ 高血圧・糖尿病・喘息・心臓病・その他 _____

その他手術歴など _____

・ 今飲んでいるお薬はありますか? はい・いいえ ・ お薬手帳 あり・なし

(お薬手帳またはお薬をお持ちの方は 診察室にて先生 にお出し下さい)

・ お薬アレルギーはありますか? はい・いいえ

・ 食物アレルギーはありますか? はい・いいえ

・ 受付にてお名前を呼ばれたくない方 はい・いいえ

※はいの方は番号でお呼びします

● 身長 (cm) 体重 (kg)

● 女性の方 現在妊娠中または可能性はありますか? はい・いいえ

現在授乳中ですか? はい・いいえ