

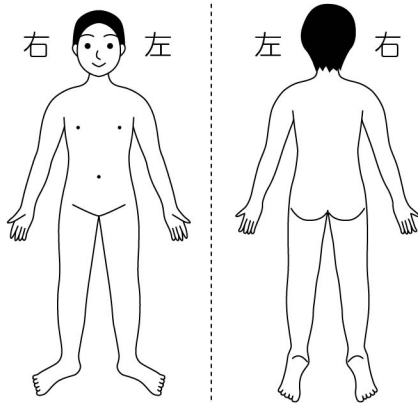
外 来 問 診 票

年 月 日

ふりがな 氏 名	男 ・ 女
生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	職業・学年：
住所 〒 -	電話 - - 携帯 - -

1. 本日はどうなさいましたか？

↓ 具合の悪いところに○を付けてください。



①いつ頃からですか？

()

②どこですか？ **右 ・ 左**

部位 ()

③どのような症状ですか？

・痛み ・しびれ ・重苦しさ ・腫れ

その他 ()

④症状について何か原因はありますか？

いいえ

はい ()

交通事故・仕事上のケガ

2. 現在治療中、もしくは今までにかかった病気に○か記入をしてください。

- 高血圧** **喘息** **腎臓病** **リウマチ** **糖尿病** **肝臓病** **胃潰瘍** **痛風**
心臓病 **ペースメーカー使用中** **体内植え込み式除細動器使用中** **頭蓋内クリップ**
脳梗塞 **ステント** **甲状腺** その他 ()

3. 現在、何かお薬を飲んでいますか？ いいえ・はい ()

・お薬手帳持参 (あり・なし)

4. 血液をサラサラにするお薬を飲んでいますか？ いいえ ・ はい

5. 今まで、手術を受けたことはありますか？ いいえ ・ はい ()

6. アレルギーはありますか？ いいえ ・ はい

[薬 ()
	食べ物 ()
	局所麻酔薬 ()

7. 介護保険サービスを利用されていますか？ いいえ ・ はい (デイケア・デイサービス)

8. 女性の方へ質問です。

・妊娠している (週) ・可能性がある ・授乳中 ・妊娠していない

9. 50歳以上の女性、70歳以上の男性に質問です。

今まで、骨密度の検査を受けたことはありますか？ いいえ ・ はい

ご協力ありがとうございました。書き終わりましたら、総合受付にお渡しください。

順番がきましたら呼び致しますので、もう少々お待ちください。尚、**プライバシー**は厳守致します。