

診療申込書

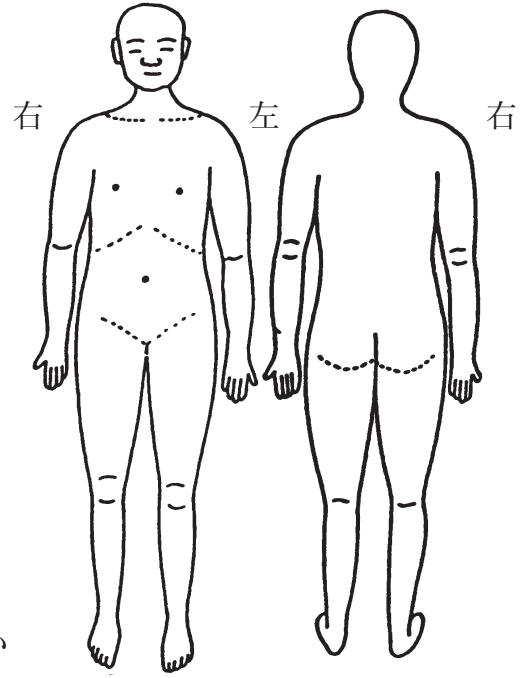
ふりがな		生年月日	明治 大昭和 平成	年	月	日生 (才)
氏名		男 女				
住所	〒	職業		電話	() -	

※学生の方 学年() 部活()

問診票

- 右の図で悪いところに○印をつけて下さい。
- いつから悪いのですか。

月 日 午前 午後 時頃



- 3) どのような症状がありますか。

() 痛い () しびれる
 () 動かすにくい () 何かできている
 () つっぱる () はれている
 () その他
 ()
- 4) 原因はありますか。

() ある () ない () わからない
 ある場合は具体的に書いて下さい。
 []
- 5) 今まで大きな病気 手術などしたことがありますか。

() ある () ない
 ある場合はわかる範囲で書いて下さい。
 ()
- 6) 今のまれている薬はありますか。

() ある → 今 お薬手帳をお持ちですか。 () はい () いいえ
 () ない
 お薬手帳がない場合はわかる範囲で書いて下さい。 ()
- 7) 薬をのんで じんましんがでるなどの アレルギーがありますか。

() ある () ない ※シップかぶれ () する () しない () 貼った事がない
 ある場合はどんな薬ですか。 ()
- 8) 女性の方で現在 妊娠 されていますか。

() している () していない () わからない
 授乳中ですか。 () はい () いいえ