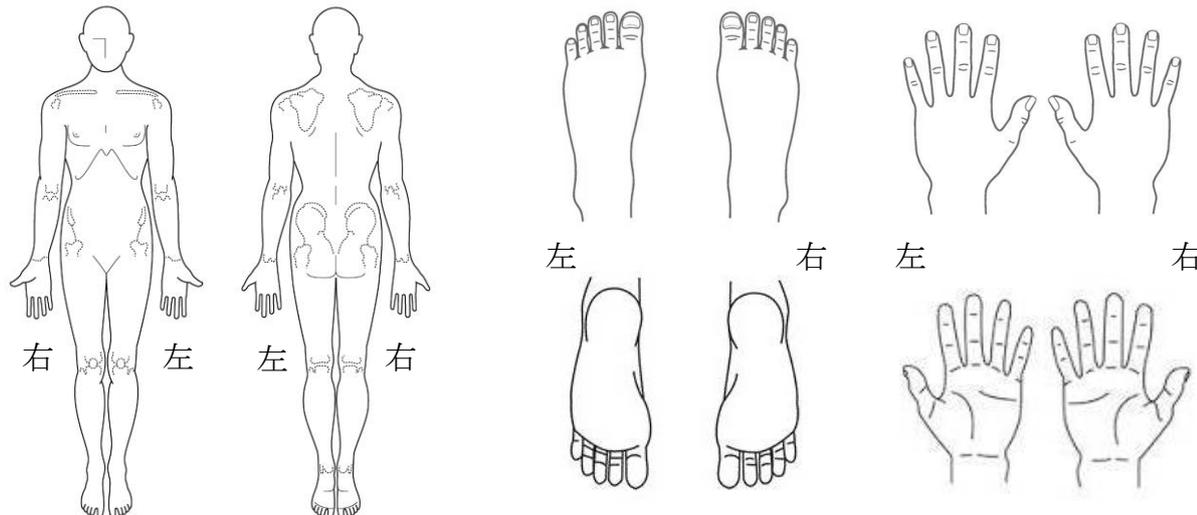


# 問診表

年 月 日

お名前	身長	cm	体重	kg
	職業			

1.	本日は紹介状や画像をお持ちですか？	はい ・ いいえ
2.	何科をご希望ですか？ 受診を希望される科に○を付けてください。	整形外科 一般内科 循環器内科 消化器内科 神経内科 形成外科 その他 ( )
3.	どのような症状ですか？	痛み しびれ 腫れ ケガ 出血 発熱 ( )℃ その他 ( )
4.	調子の悪いところはどこですか 図の中に○をつけてください	
5.	いつ頃からですか？	( ) 頃から
6.	思い当たる原因がありますか？	いいえ ・ はい ( )
7.	今日までに治療を要した 病気やケガはありますか？	特になし 喘息 心臓病 肝臓病 糖尿病 腎臓病 その他 ( )
8.	現在飲んでるお薬はありますか？	いいえ ・ はい (薬剤名)
9.	お薬手帳はお持ちですか？	いいえ ・ はい ☆本日お持ちでしたら受付にお出し下さい。
10.	薬等のアレルギーはありますか？	いいえ ・ はい ( )
11.	女性の方に伺います。	現在妊娠中又は妊娠の可能性はありますか？
		授乳中ですか？
		いいえ ・ はい