

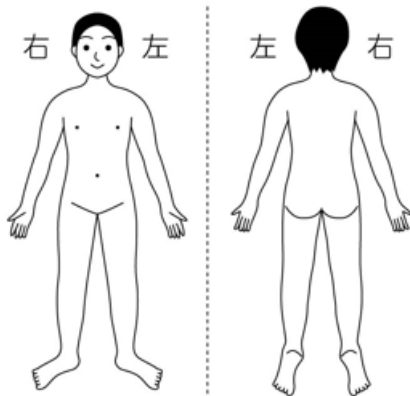
外 来 問 診 票

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○か記入をして下さい。

- 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tent 甲状腺 その他()

3. 女性の方へ質問です。

- ・妊娠している(予定日 現在 週) ・可能性がある ・授乳中 ・妊娠していない

4. 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)

5. 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

6. 今まで、手術を受けたことはありますか？ いいえ ・ はい()

7. 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 ()

8. 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)

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、受付スタッフにお渡してください。

順番がきましたらお呼び致しますので、もう少しお待ちください。尚、プライバシーは厳守致します。