

問 診 票

年 月 日

氏名： _____

※紹介状・MRI等の画像をお持ちの方は、
受付にご提出ください。

◎いつから症状がありますか？

_____ から

◎どこが良くないのですか？

右の図に以下のしるしをつけてください

痛み	:	○で囲む
しびれ	:	×をつける
その他の症状	:	△をつける

△をつけた方→どのような症状ですか？
(腫れ・変形 など)

[_____]

◎その原因にこころあたりがありますか？

はい (下記に原因をご記入ください)

[_____]

いいえ

◎この症状に関して、どこかで治療を受けましたか？

はい ⇒

(_____ 病院、医院、接骨院で)
(飲み薬、湿布、注射、手術、マッサージ、その他)

[_____]

いいえ

◎現在治療中の病気はありますか？

はい ⇒ 高血圧 心臓病 糖尿病 喘息
その他 (_____)

いいえ

◎今までに手術を受けたことがありますか？

はい ⇒ [_____]

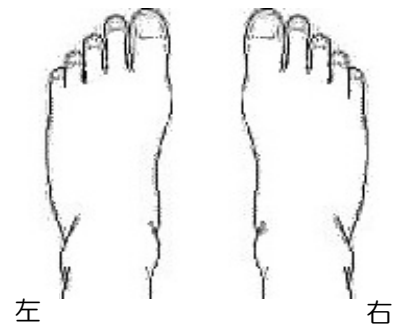
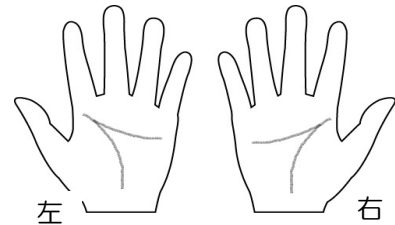
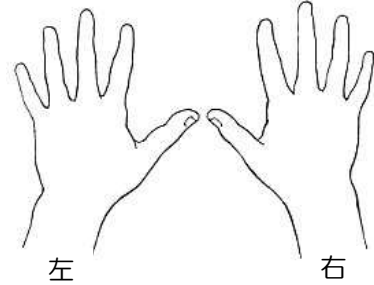
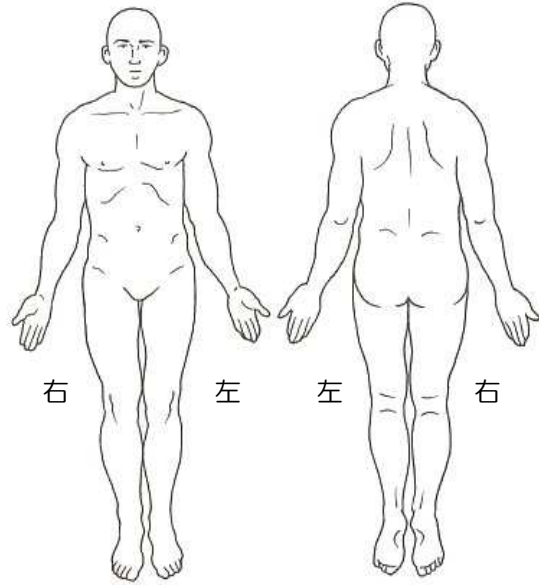
いいえ

◎現在、服用中の薬はありますか？

(お薬手帳などをお持ちの方は、受付にご提出ください)

はい ⇒ [_____]

いいえ



◎アスピリン喘息と言われたことはありますか？

- ある
ない

◎アレルギーはありますか？

- はい ⇒ 食べ物 () 薬 ()
金属 () その他 ()
いいえ

◎女性の方にお尋ねいたします。妊娠している可能性はありますか？

- ある
ない

◎海外渡航に伴う感染症疾患への罹患について

○14日以内に海外に滞在されましたか？

はい ⇒ どの国に行かれましたか？すべてご記入ください

- いいえ

◎介護保険はお持ちですか？

- はい ⇒ (支援 介護 1・2・3・4・5)
いいえ

◎当院をどのようにして、お知りになりましたか？(複数回答可)

- 医師からの紹介 ⇒ 医師からすすめられた 自分から医師に依頼した
家族、知人からの紹介
インターネット
テレビ、新聞、雑誌などのメディア ⇒ (メディア名：)
駅、バスなどの広告 ⇒ (広告名：)
その他 ⇒ ()

◎紹介された方は、紹介者から当院をどのようにすすめられましたか？

-

◎インターネットを検索された方は、当院を受診する決め手となったことは何ですか？

-

◎その他にご希望などがありましたらご記入下さい。

-

ご記入ありがとうございました。

紹介状・MRI等の画像をお持ちの方は、受付にご提出ください。

医療法人財団岩井医療財団
稲波脊椎・関節病院