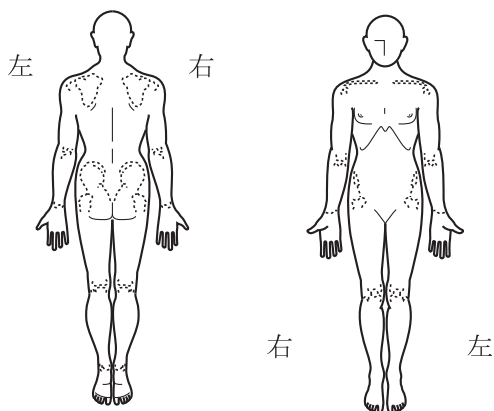


問 診 表

下記の番号またはあてはまる箇所を○で囲んで下さい

本日受診される部位を で示してください



どのような症状がありますか？

→ 痛み・しびれ・その他 ()

いつ頃から症状がありますか？

1 年 月 日頃から

2 わからない

上記の原因は何だと思われませんか？

1 交通事故

2 ケガによるもの

3 工作中【労災扱い(する・しない)】

4 わからない

5 その他 ()

今までに一度でも当院を受診された事がありますか？

1 はい

2 いいえ

何を見て当院にいらっしゃいましたか？

1 どなたかのご紹介 () 様)

2 当院のホームページを見て

3 A K A 学会のホームページを見て

4 駅の看板を見て

5 掲載紙を見て

(行徳新聞・行徳カタログ・タウンページ)

お名前 (カタカナ)

飲み薬や注射などでアレルギーまたはショックを起こした事がありますか？

1 ある →薬剤名 ()

2 ない

今までに病気・ケガ・手術をしたことがありますか？

1 ある →病気 高血圧・糖尿病・肝臓

腎臓・脳梗塞・心臓

胃潰瘍・十二指腸潰瘍

その他 ()

ケガ ()

手術名 ()

2 いいえ

現在ほかの病気で別の病院または診療所にかかっていますか？

1 はい 高血圧・糖尿病・肝臓・腎臓・脳梗塞

心臓・胃潰瘍・十二指腸潰瘍

その他 ()

2 いいえ

※上記で“はい”とお答えの方のみ

現在の服用薬をご記入ください

薬品名 ()

★お薬手帳をお持ちの方は受付へご提示ください

投薬の際、胃薬を必要としますか？

1 はい

2 いいえ

ペースメーカーや金属が身体にありますか？

1 はい

2 いいえ

現在、妊娠されていますか？

または妊娠の可能性がありますか？

1 はい () 月)

2 いいえ

☆ありがとうございました☆