

問 診 票

年 月 日

| | | | | | | |
|------------------------|-----|---------|------------|-------|-----------------|-----------------|
| フリガナ | 性 別 | 生 年 月 日 | | 年齢 | 身長 | cm |
| 氏名 | 様 | 男・女 | 明・大 昭・平 | 年 月 日 | 才 | 体重 |
| 住所 〒 | | | | | | 電話番号 (携帯) _____ |
| | | | | | | (自宅) _____ |
| 職業： | | | | | ※65歳以上の方はご記入下さい | |
| 会社名： _____ 電話番号： _____ | | | | | 介護認定： 未 ・ 済 | |
| スポーツ： | | | | | | |

◎どのような症状で来院されましたか？

- ・どこが ()
- ・いつから ()
- ・どのように ()
- ・原因はありますか？ (いいえ・はい、)

◎今までにかかった病気やケガはありますか？ (有・無)

- 有の場合… [高血圧・糖尿病・肝臓病・胃潰瘍・心臓病・腎臓病・脳血管の病気・喘息・がん
その他： ()]

◎アレルギーはありますか？ (有・無)

- 有の場合… 薬剤： ()
食品： ()

◎ご希望の医師は () (医師)

※女性の方はご記入ください。

◎妊娠中ですか？ (はい・いいえ) はいの場合… () ヶ月目)

◎授乳中ですか？ (はい・いいえ)

◎希望される項目があれば✓をお願いします

- MRI 検査 骨密度検査 リハビリ

◎当院では無料送迎を行っております。希望されますか？ (はい・いいえ)

※希望される方は担当者より詳細をご説明いたします。

◎アンケートにご協力お願いいたします

| | | | | | |
|---------------------------------------|-------------------|-------------|---|--|--|
| ◎当院をどのようにお知りになりましたか？該当する□に✓印をつけてください。 | | | | | |
| 1 □インターネット・ホームページをみて | 2 □知人の紹介で (お名前：) | | | | |
| 3 □他の病院の紹介 (病院名：) | 4 □家、職場の近くのため | 5 □イベントで知った | 6 | | |
| □広告を見て (地下鉄平岸駅・地下鉄南北線・バス) | 7 □その他 () | | | | |