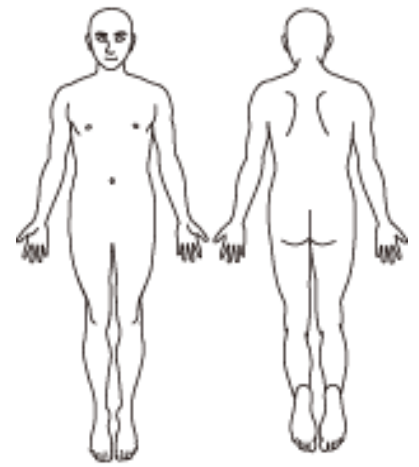


# 問 診 票

ふりがな	男	体温 ( ) °C
名前	・	身長 ( ) cm
	女	体重 ( ) kg
生年月日	M T S H R	年 月 日 歳
住所 (〒 - )	※血圧測定用紙の添付	
電話番号 ( ) -		
携帯番号 ( ) - 【本人・ 】		
※お薬手帳・血圧手帳をお持ちの方は受付へお出し下さい。		

問1) 現在の症状を教えてください。また症状のある部位を○で囲んでください。



問2) その症状はいつからですか？

また、原因や治療経過等も具体的に記入して下さい。

問3) MRI 検査を希望されますか。 ( はい・いいえ・相談 )

※閉所恐怖症 (あり・なし) ※身体に外せない金属 (あり・なし)

問4) 現在定期的に通院している病気はありますか。 (はい・いいえ)

高血圧 糖尿病 脂質異常症 脳梗塞 脳出血 甲状腺 [心・肝・腎] 臓病  
うつ病 アルコール依存症 その他 ( )

※現在通院中の病院名 [ ]

問5) 内服中の薬はありますか？ (はい・いいえ) ・お薬手帳 (あり・なし)

問6) 今までに大きな病気や入院、手術をしたことがありますか。(はい・いいえ)

病 名 ( ) 病院名 ( )

問7) お薬や食物などでアレルギー反応が出たことがありますか。(はい・いいえ)

(具体的に )

問8) 介護認定の有無は？ 無・有  要支援 1・2  要介護 1・2・3・4・5 )

問9) 現在妊娠していますか。(はい・いいえ) 授乳していますか。(はい・いいえ)

以下、スタッフ記入欄

マイナ保険証による受付       他医療機関の紹介状       1年以内の健診