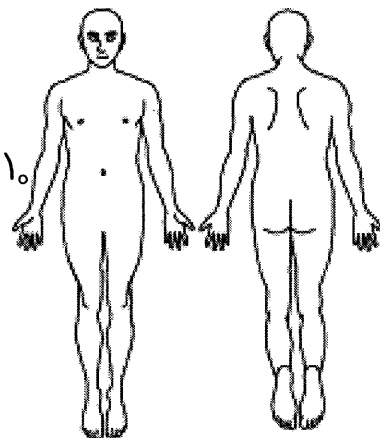


# 問 診 票

|  |             |                 |
|--|-------------|-----------------|
| ふりがな   | 男<br>・<br>女 | 体温 (       ) °C |
| 名前   |             | 身長 (       ) cm |
| 生年月日    M   T   S   H            年   月            日            歳 |             | 体重 (       ) kg |
| 住所 (〒       -       )  | ※血圧測定用紙の添付  |                 |
| 電話番号 (       )       -       )                                   |             |                 |
| ※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) (※体内・体外に外せない金属 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 その他 (       )  
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はありますか。 (はい ・ いいえ)

(具体的に       )

40歳以上の方) 介護認定を受けていますか。

( 無 ・ 有 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 )

女性) : 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)