

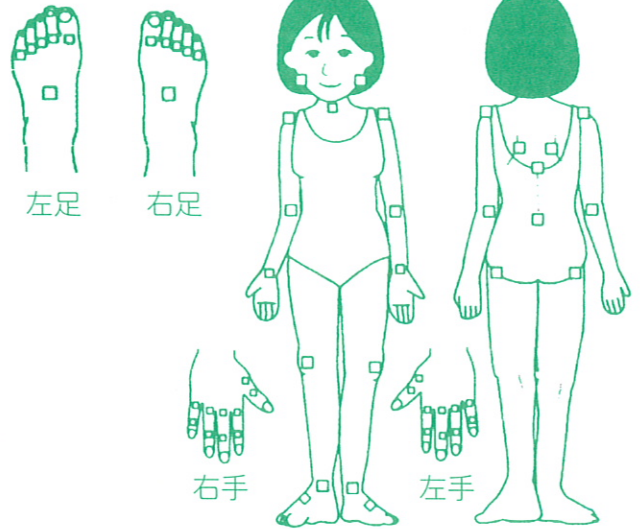
◀ 問 診 票 ▶

記入日 平成 年 月 日

ふりがな 氏名	御記入者名： (身長 cm) 男・女 (体重 kg)	生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日生 才
住所	電話					

どうなさいましたか？

仕事中、運動中、交通事故、いつも、就寝中、他
痛み(強い・弱い)、しびれ、腫れ、捻挫、出血、
しこり、伸びない、不眠、発熱、嘔吐、吐き気、
腹痛、下痢、便秘、動悸、息切れ、だるい、めまい、
その他 ()



いつから？	どこが？

以下の該当する所に○や記入をして下さい

受診された 科をお選 び下さい	<input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> リウマチ科 <input type="checkbox"/> 内科	喫煙 → <input type="checkbox"/> する・ <input type="checkbox"/> しない	飲酒 → <input type="checkbox"/> 毎日・ <input type="checkbox"/> 時々・ <input type="checkbox"/> しない	家族の病歴 ()
-----------------------	--	--	---	-----------

現在 治療中の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ある	糖尿病、心臓病、脳卒中、高血圧、喘息、リウマチ、緑内障、 胃潰瘍、痛風、 その他 () どちらの医院ですか？ () 医院) いつ頃からですか？ () 年前頃、) 才の頃)
---------------------	---	---

過去に 病気やけがで入院、手術を受けた 事がありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ある	糖尿病、心臓病、脳卒中、高血圧、喘息、リウマチ、緑内障、 胃潰瘍、痛風、その他 () () 医院) () 年前頃、) 才の頃)
------------------------------------	---	---

薬や食物で じん麻疹やアレルギーが出た事 がありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ある	内容をお書きください お薬の名前
------------------------------------	---	-------------------------

女性におたずねします	現在授乳中ですか？ → (はい 、 いいえ) 現在妊娠中又は妊娠の可能性は？ → (ない 、 ある)
------------	---

当院をお知りになった、きっかけは？ (いくつでも)	看板、チラシ、近所だから、web、前を通る、電話帳、口コミ、紹介
------------------------------	----------------------------------

お名前をお呼びしても良いですか？	<input type="checkbox"/> はい → 総合受付のみ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ → ご本人確認以外はすべて
------------------	---

※上記の情報は、個人情報として慎重に保管を行い皆様の治療と予防、健康管理の目的以外には利用致しません。
 なお、皆様の健康管理と予防のために、当院からご案内をお送りすることがあります。

おおとみリウマチ整形外科