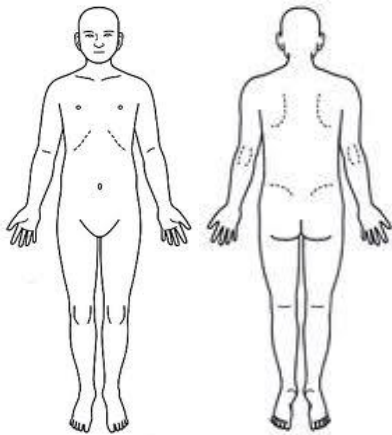


質問票

下記の質問にお答えください。

① 下記の体の絵に診て欲しいと思われる所に  
○印を付けて、質問にお答えください。



- ・いつからですか？  
(日時をお書き下さい)
- ( )
- ・どのような症状ですか？  
痛み しびれ 腫れ  
その他 ( )
- ・どんな時に症状が出ますか？  
安静時 動作時  
具体的に書いてください。

2 ○印の所を他の病院 (医院、接骨院、整骨院、鍼灸院) 診てもらいましたか？ はい いいえ

はいの方のみお答えください。

- ・どこ ( )
- ・いつ頃 ( )
- ・病院名 ( )
- ・主な治療内容  
電気 マッサージ ハリ けん引  
テーピング その他 ( )

3 今までに下記の病気にかかったり、手術や大けがをしたことはありますか？ はい いいえ

(現在通院、治療中も含む)

はいの方のみお答えください。

- 心臓病 腎臓病 糖尿病 高血圧 リウマチ ぜんそく
- 胃・十二指腸潰瘍 肝臓病 (C型肝炎・B型肝炎・A型肝炎)
- 先天性股関節脱臼 その他 ( )
- ・いつ頃 ( )
- ・医療機関名 ( )

4 現在、飲んでいる薬はありますか？ はい いいえ

はいの方で本日 お薬 又は お薬手帳をお持ちの方は  
受付までお出し下さい。

裏面もご記入下さい

5 骨粗鬆症の検査をしたことがありますか？ 骨粗鬆症の治療をしていますか？	はい いいえ はい いいえ
6 消化器疾患・骨折などの手術で 体に金属が入っていますか？	はい いいえ
7 心臓病でペースメーカーが体に入っていますか？	はい いいえ
⑧ 薬物、食物アレルギーはありますか？ あるの方のみお答えください。 ①何でアレルギー症状が出ますか？ 花粉症 注射 飲み薬 塗り薬 食物 その他 ( ) ②どのような症状が出ますか？ 発疹 気分が悪くなる その他 ( ) ③医師に禁止されていますか？ はい・いいえ ④薬、食物の名前をお書き下さい。	ある ない
⑨ 現在、妊娠されていますか？ 差支えなければ最終月経の開始日をお書き下さい。 ( 月 日から 日まで)	はい いいえ
10 皮膚はかぶれやすいですか？	はい いいえ
11 胃は特に弱いですか？	はい いいえ
12 日常生活について ①お酒は飲まれますか？(飲まない・飲む) 一日 ml ②タバコは吸われますか？(吸わない・吸う) 一日 本	
13 介護保険の認定を受けていますか？ はいの方→ 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	はい いいえ
14 当院の事を何で知りましたか？ (複数回答可) 駅看板・受診歴あり・病院の紹介 ( ) 当院のホームページ・その他の検索ページ 知人の紹介 ( さん) ・その他 ( )	
ご回答ありがとうございました。 順番が来るまでしばらくお待ち下さい。	
○ 診察を受けられる方のお名前 ( ) 代筆 (保護者) ( )	