

# < 問診票 >

◎当クリニックは予約優先制をとっております。その為、初診の方及びご予約のない方は長時間お待たせすることがあります。

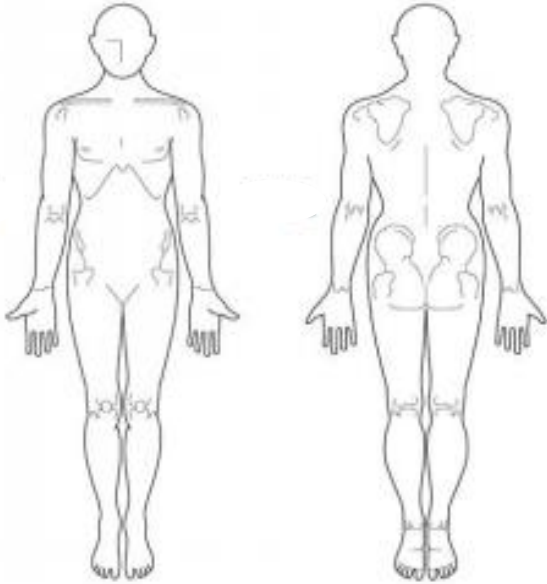
(フリガナ)

生年月日

氏名 \_\_\_\_\_ 男 女 大・昭・平・令 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (歳)

〒 \_\_\_\_\_ 自宅 TEL \_\_\_\_\_  
住所 \_\_\_\_\_ 携帯 TEL \_\_\_\_\_

## 1. 診察を希望される部位・症状に○をつけて下さい



ころんだ・ぶつけた・落ちた・ひねった  
切った・その他 ( )

痛み・腫れ・変形・しびれ・その他 ( )

## 2. その症状はいつ頃からですか？

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 から

仕事 通勤 学校 スポーツ  
交通事故 ( )

<交通事故の方>

あなたは ( 車 バイク 自転車 歩行者 )  
相手は ( 車 バイク 自転車 歩行者 なし )

## 3. 同じ症状で治療を受けたことがありますか？

紹介状及びレントゲン、MRI などのデータをお持ちの方はお出してください

いつ: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 頃  
どこで: 当院・他院 ( )  
治療内容: 飲み薬 湿布 塗り薬 注射  
リハビリ その他 ( )

## 4. その他今までの治療、あるいは現在治療中の病気やケガについてお書き下さい

高血圧 糖尿病 喘息 透析中  
その他 ( )  
どちらの病院の何科 ( )  
薬の名前 ( )  
手術 (いつ: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 頃 )  
(どのような手術: )

## 5. 今まで食べ物・薬・注射で具合が悪くなったことがあったらお書き下さい

6. 介護保険の認定を受けていますか? はい (要介護 \_\_\_\_\_) (要支援 \_\_\_\_\_) ・ いいえ
7. 女性の方へ 現在妊娠している ・ していない ・ わからない ・ 授乳中
8. 飲めないお薬はありますか? ある (錠剤 \_\_\_\_\_) ・ 粉薬 \_\_\_\_\_ ・ シロップ \_\_\_\_\_) ・ ない
9. 当クリニックをお知りになったきっかけは何ですか?  
インターネット 看板 家族の紹介 (お名前: \_\_\_\_\_) 知人の紹介 (お名前: \_\_\_\_\_)  
病院・医院からの紹介 (施設名: \_\_\_\_\_) その他 ( \_\_\_\_\_)

## 10. 診察を希望する医師はいますか？

瀬戸先生 吉野茂雄先生 吉野宏一先生 塚本先生 西田先生 特になし

当院は医療でありサービス業ではありません。過度及び理不尽な要求は一切応じません。安全かつ公正な療養環境の提供を目指しております。以下の方は診療をお受けする事が出来ません。他の患者さんまたは職員に対して暴言・暴力・理不尽な要求・セクハラ、その他迷惑と思われる行為をされた場合、安全確保の為、診察を拒否または警察へ通報させていただきます。安全・防犯上の為、監視カメラ及び録音を行っています。