

# 問 診 票

※個人情報を当院に提供することに同意します。(はい・いいえ)

ふりがな  
お名前 \_\_\_\_\_ 生年月日 大・昭・平・令 \_\_\_\_\_ 年 月 日 (男・女)

〒 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 (自宅) - - (携帯) - -

Q1 今日はどうなさいましたか？

①どの部位に症状があるか右横の絵に<sup>まる</sup>○をつけてください。

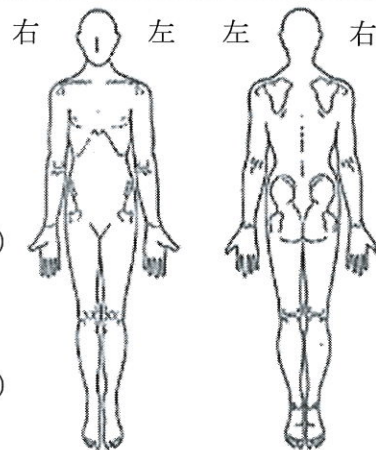
②いつから：□今日 □昨日 □\_\_\_\_日前 □\_\_\_\_週前

□\_\_\_\_カ月前 □\_\_\_\_年前 □その他 ( )

③症状 (複数回答可)：

□いたい □しびれる □はれている

□その他 ( )



Q2 いままでにかかった病気はありますか？ ( はい ・ いいえ )

何の病気 ( )

Q3 現在、通院されている病気はありますか？ ( はい ・ いいえ )

病気 ( ) 病院 ( )

Q4 現在、薬を飲んでいますか？ ( はい ・ いいえ )

「はい」と答えた方で、お薬手帳をお持ちの方は受付にお出してください。

お持ちでない方はどのような薬かわかる範囲でおしえてください。

( )

Q5 薬による副作用、アレルギー体質はありますか？ ( はい ・ いいえ )

薬の名前、どのようなアレルギーかおしえてください。

( )

Q6 女性の方へ 現在妊娠されていますか？ ( はい ・ いいえ )

現在授乳中ですか？ ( はい ・ いいえ )

Q7 どのような治療をご希望ですか？ (複数回答可)

□ いくつかの治療法のなかから、自分にあつた治療をうけたい

□ 痛み (症状) をとるためであれば注射をしてほしい

□ 内服薬はできれば飲みたくない

□ リハビリをしてみたい

□ 骨粗しょう症 (骨密度) の検査をうけたい

□ にんにく、プラセンタ注射希望

□ AGA (男性型脱毛症) の治療をうけたい

□ その他 ( )

Q8 当クリニックをどちらでお知りになりましたか？ (複数回答可)

□ 近所なので、通りすがりに見て知っていた

□ 家族、知人の紹介で

□ 地下鉄三ノ輪駅の看板広告をみて

□ 都バスでの案内を聞いて

□ ネット検索、ホームページをみて

□ その他 ( )