

当院を受診される方へ 問診は裏もあります

フリガナ()
氏名() T・S・H 年 月 日 女・男
職業() ※学生の場合は、学校名・学年の記入をお願いします
身長(cm) 体重(kg)

郵便番号(〒) 住所()

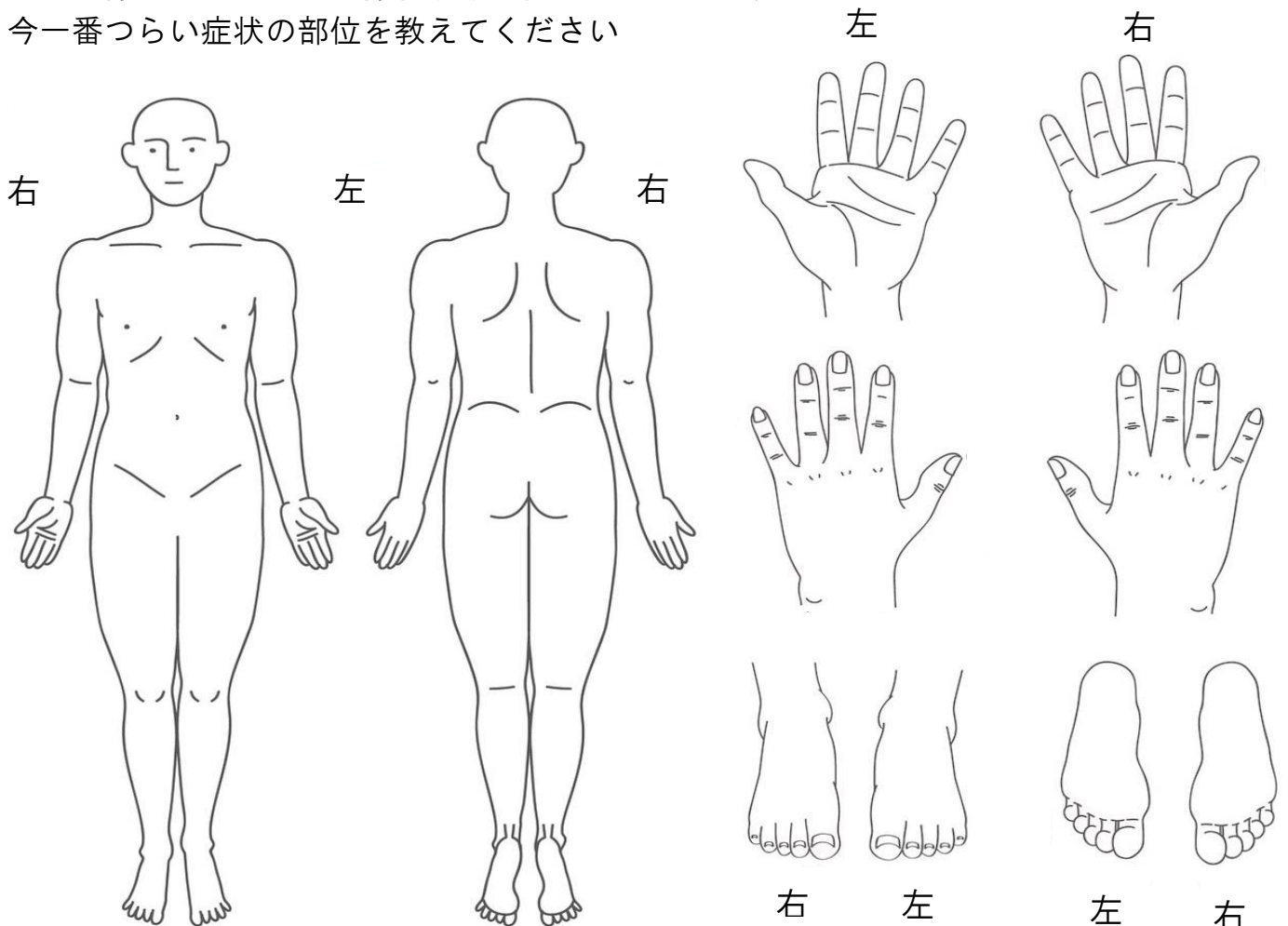
電話番号()

介護保険の申請をしていますか？

はい いいえ

【1】症状はどここの部位ですか？しるしをつけて下さい

※1度に撮れるレントゲン撮影枚数に限りがあるので、
今一番つらい症状の部位を教えてください



【2】どのような症状ですか？

痛み しびれ 内出血 腫れ 違和感 その他()

【3】いつごろからですか？

()日前 ()週間前 ()ヶ月前 ()年前 わからない

【4】きっかけ、原因はありますか？

() わからない

【5】今回の症状で他院を受診しましたか？

していない した (病院名)

【6】＊肩・腕・指が痛い方へ＊利き手はどちらですか？

右利き 左利き 両利き

【7】現在通院中、今までかかった病院はありますか？

いつ	病名	病院名

【8】体の中(入れ歯は対象外)に金属はありますか？

ない 心臓ペースメーカー 人工関節(部位:) 動脈瘤クリップ

【9】食べ物や薬剤でアレルギーはありますか？

ない ある()※あるにチェックには必ず記入してください

【10】感染症と言われたことはありますか？

ない B型肝炎 C型肝炎 A型肝炎 梅毒 HIV

＊ここから成人の方へ＊

【10】嗜好品について

喫煙 する しない 飲酒 する しない

＊女性の方へ＊

【11】妊娠の可能性はありますか？

ある ない 現在授乳中

ありがとうございました