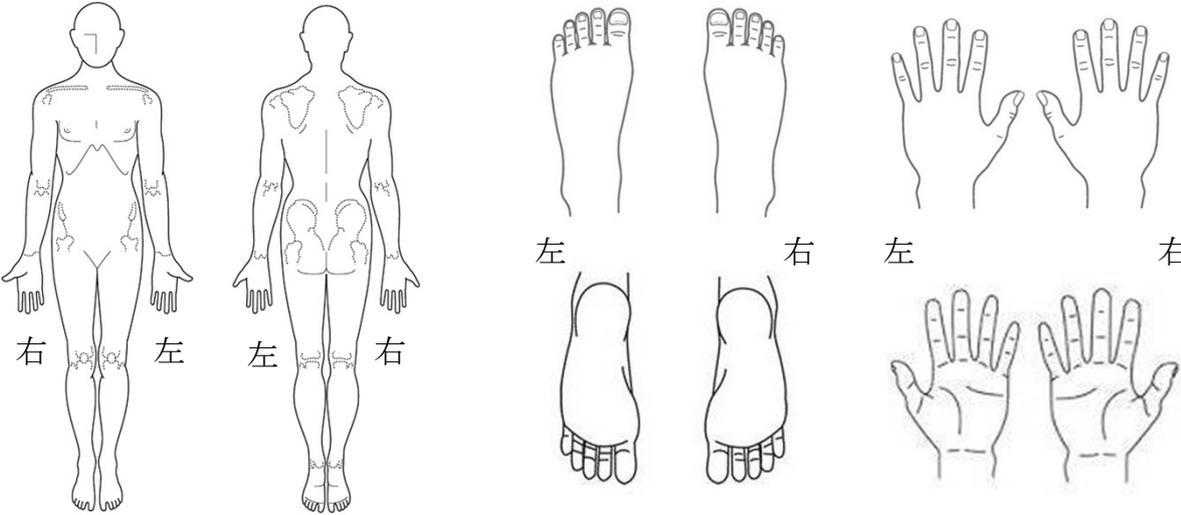


問診票

年 月 日

お名前	身長	cm	体重	kg
	職業			

お持ちの保険証の種類に○をつけてください：健康保険・交通事故・労災・その他（ ）

1.	紹介状や画像・お薬手帳をお持ちですか？ ☆本日お持ちでしたら受付にお出し下さい。	○をつけてください なし・紹介状・画像・お薬手帳
2.	どのような症状ですか？	痛み しびれ 腫れ ケガ 出血 発熱()°C その他()
3.	調子の悪いところはどこですか 図の中に○をつけてください	
4.	いつ頃からですか？	() 頃から
5.	思い当たる原因がありますか？	いいえ・はい()
6.	今日までに治療を要した病気やケガはありますか？	特になし 喘息 心臓病 肝臓病 糖尿病 腎臓病 その他()
7.	*お薬手帳のない方はお答えください 現在飲んでるお薬はありますか？	いいえ・はい(薬剤名)
8.	薬等のアレルギーはありますか？	いいえ・はい()
9.	女性の方に伺います。	現在妊娠中又は妊娠の可能性はありますか？ いいえ・はい
		授乳中ですか？ いいえ・はい
10.	処方について伺います。 (痛み止め・湿布について)	飲み薬の痛み止めを希望しますか？ はい・いいえ・医師におまかせ
		湿布を希望しますか？ (数量には限度があります) はい・いいえ・医師におまかせ

上記以外の処方については診察でお話します。