

ID

問診票

マイナンバー
 お薬手帳 なし・あり・お忘れ
 介護認定 なし・申請中・あり→ 要支援・要介護
 1・2・3・4・5

ふりがな

氏名 _____ 男・女 生年月日:大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日(_____ 歳)

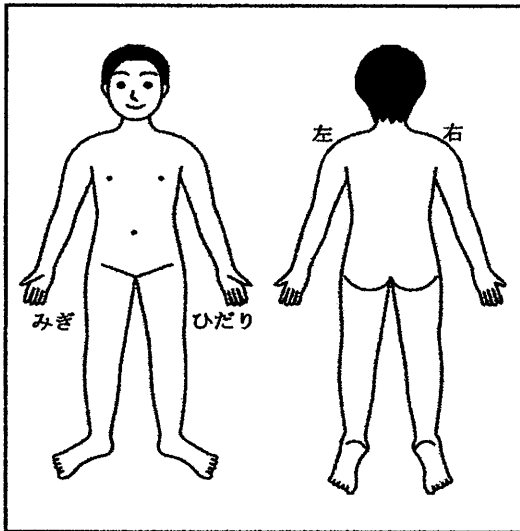
自宅電話: (_____) _____

〒

携帯電話: (_____) _____

住所

① 本日診察受けたいところを
下の図に○で囲んでください



②いつからですか?
(_____)

③どんな症状ですか?
痛み・しびれ・力が入らない・歩けない・その他
(_____)

④原因は? 転倒 事故 スポーツ(_____)
不明 その他 (_____)

※仕事中、交通事故、学校での怪我は受付にお申し出下さい!

子育て支援医療費受給資格証をお持ちの方で学校での怪我の場合、窓口負担が発生いたします(越谷市外)

⑤今回の症状で治療歴はありますか?
なし ・あり(_____)

⑥薬や注射によるアレルギーはありますか?
なし ・ わからない ・ あり(_____)

⑦職業/職種について(学生・事務・営業・他 _____) (軽作業/重労働/他 _____)

⑧現在治療中の病気はありますか?
なし ・ あり 高血圧・糖尿病・脳梗塞・心臓病・腎臓病 喘息・その他(_____)

⑨今までに大きな病気や怪我をしたことがありますか?または体内に金属やペースメーカーが入っていますか?
なし ・あり (_____)

⑩当院をどのようにお知りになりましたか?
もともと院長にかかっていた・他院からの紹介・知人や家族からの紹介・ホームページ
チラシ・看板・建物をみて

⑪熱、咳など風邪症状はありませんか?周囲に発熱等新型コロナウイルス感染症疑いの方はいませんか?
なし ・あり (_____)

⑫〈女性の方へ〉現在、妊娠していますか?
1:していない ・ 2:可能性がある ・ 3:している(_____ ヶ月) ・ 4:授乳中

⑬診察・治療上で何か希望されることはありますか?
MRI 検査希望 ・ 骨密度検査希望 (希望時記入を _____ cm _____ kg)