

問 診 票

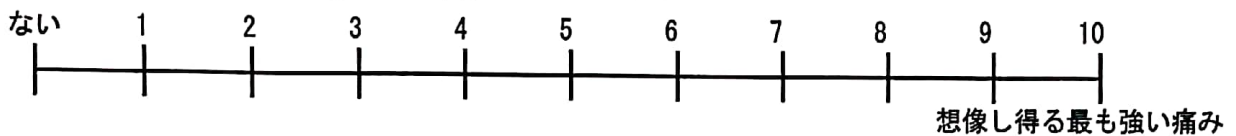
記入日 年 月 日

フリガナ お名前		生年月日	西暦	年	月	日
		年齢	歳	性別	男・女	
ご住所	〒					
自宅電話		携帯電話				

1. 今日はどんな事がお困りですか？

1. 精神的な問題でのご相談
2. 体の痛みでのご相談
3. 精神的な苦痛と体の痛みのご相談

②、③を選ばれた方は今の痛みの程度はどれくらいですか？



2. 具体的な内容を教えて下さい。

3. a. 今までにかかられた病気

なし

あり 糖尿病 高血圧 緑内障 心疾患（不整脈 心筋梗塞） その他：_____

b. 手術のご経験

なし ・ あり：_____

c. 現在飲まれているお薬

なし ・ あり（抗凝固薬 抗血小板薬 その他：_____）

4. アレルギーはありますか？

薬 なし ・ あり：_____

食物 なし ・ あり：_____

その他：_____

5. 紹介状はお持ちですか？ あり ・ なし

6. ここはどのような形でお知りになりましたか？

インターネット（病院なび・EParks・ホームページ・その他）・ 通りがかり ・ 広告 ・ 看板 ・ ご紹介