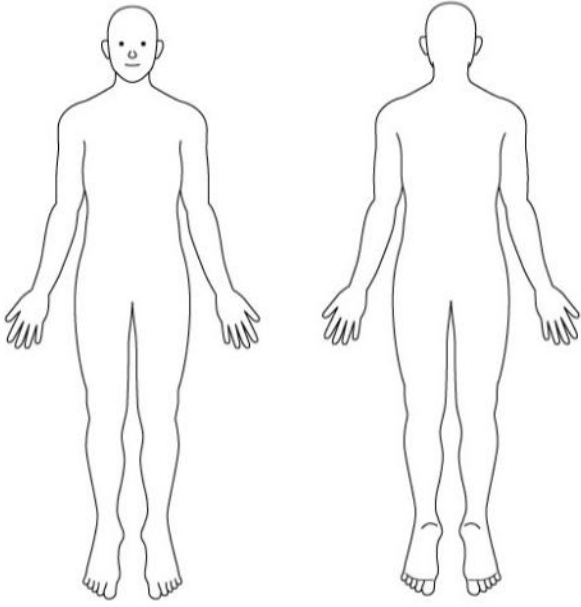


ふりがな	男 ・ 女	生年月日
お名前	歳	大・昭・平・令 年 月 日
ご住所 〒 -	携帯電話	- -
	自宅電話	- -

<b>■症状があるのはどこですか？</b>  前 後	<b>■どのような症状ですか？</b> <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 何かできている <input type="checkbox"/> 爪切り <input type="checkbox"/> しびれる <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 腫れている <input type="checkbox"/> 骨密度検査 [                      ] <input type="checkbox"/> 傷がある (出血 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)
	<b>■症状が出たきっかけは何ですか？</b> <input type="checkbox"/> けが (スポーツ・転倒など) <input type="checkbox"/> 原因不明 <input type="checkbox"/> 学校のけが <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 交通事故 (事故日:                      ) [                      ] <input type="checkbox"/> 仕事中のけが (労災)
	<b>■いつ頃からですか？</b> <input type="checkbox"/> 今日 <input type="checkbox"/> 数日前 <input type="checkbox"/> 1週間前 <input type="checkbox"/> 1か月以上前
	<b>■リハビリ希望 (理学療法)</b> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 相談したい <input type="checkbox"/> わからない
<b>■紹介状をお持ちですか？ (CD-R、診断書など)</b> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<b>■プラセンタ希望</b> <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> 美容 <input type="checkbox"/> 更年期 <input type="checkbox"/> その他

<b>■既往歴</b> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 喘息 (                      歳頃) <input type="checkbox"/> 高血圧 (                      歳頃) <input type="checkbox"/> 糖尿病 (                      歳頃) <input type="checkbox"/> 心臓病 (                      歳頃) <input type="checkbox"/> 高脂血症 (                      歳頃) <input type="checkbox"/> 腎臓病 (                      歳頃) <input type="checkbox"/> その他(病名:                      歳頃)
--

<b>■内服薬</b> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり    ※お薬手帳をお持ちの方はお出してください。 <input type="checkbox"/> お薬手帳忘れ (お薬:                      )
--

<b>■手術歴</b> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (何歳ごろ:                      手術:                      ) <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 金属 (ボルト、人工関節など)
--

<b>■介護保険証</b> <input type="checkbox"/> 介護認定なし <input type="checkbox"/> 介護認定あり                      ※介護保険証をお持ちの方はお出してください。
--

<b>■アレルギー</b> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり    薬品・食べ物・その他 (                      )
---

<b>■たばこ</b> <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う <input type="checkbox"/> 過去に吸っていた (程度:                      本/1日、                      年間)
---

<b>■アルコール</b> <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む (種類:                      1回                      杯、 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 月2~3回)
---

<b>■女性の方</b> <input type="checkbox"/> 妊娠していない <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 授乳中
--

<b>■家族の既往歴</b> <input type="checkbox"/> とくになし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 心臓病 (父・母・兄弟) <input type="checkbox"/> 高血圧 (父・母・兄弟) <input type="checkbox"/> 脳卒中 (父・母・兄弟) <input type="checkbox"/> 癌 (父・母・兄弟) <input type="checkbox"/> 高脂血症 (父・母・兄弟) <input type="checkbox"/> 腎臓病 (父・母・兄弟) <input type="checkbox"/> 骨折 (父・母・兄弟) <input type="checkbox"/> リウマチ (父・母・兄弟)
---

<b>お薬の処方について</b> 薬の処方があった場合、当院の問診票と調剤薬局での問診票を兼用してよろしいでしょうか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (※いいえの場合、調剤薬局によっては新たに問診票の記入を依頼される場合があります)
--

**当クリニックをどのようにお知りになりましたか？**

医療機関からの紹介  家が近い  家族や知り合いに聞いて  看板やチラシなど

インターネット検索（検索ワード： \_\_\_\_\_ ）  その他（ \_\_\_\_\_ ）