

# 再診時間診票

ふりがな

ID \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 性別 男・女 生年月日 大・昭・平 \_\_\_\_\_ 年 月 日

住所・電話番号に変更のある方は下記にご記入下さい。

ご自宅電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

ご住所 \_\_\_\_\_ 携帯電話番号 (緊急連絡先) ( ) \_\_\_\_\_

ご職業 (差し支えない範囲で)

学校名・幼稚園名・保育園名

スポーツ歴 \_\_\_\_\_

この問診票は病気を知るために大切です。ご記入に協力をお願いします。

本日はどうなさいましたか。

1. 具合の悪いところはどこですか？右記に印をつけて下さい。

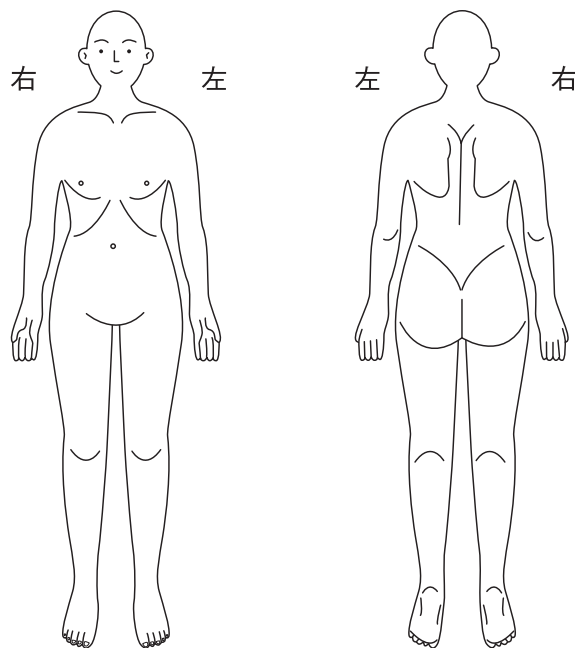
(例：腰・首・肩など)

2. いつ頃から症状がありますか？

3. きっかけ、原因はわかりますか？(例：階段でひねった)

特に思い当たらない。

4. どのような症状ですか？(例：歩いた時、ズキズキ痛い・ジンジンしびれるなど)



5. 現在飲んでいるお薬はありますか。わかる範囲でご記入ください。(お薬手帳がある方はご提出をお願いします。)

ある・なし ありと答えたかたはご記入ください (薬品名 \_\_\_\_\_)

6. 皮膚はかぶれやすいほうですか？

はい いいえ

7. 女性の方へ：妊娠中もしくは妊娠の可能性はありますか。○印またはご記入ください。

はい いいえ

ご協力ありがとうございました

