問　診　票

記入年月日　　年　　月　　日

ﾌﾘｶﾞﾅ			明治 大正 昭和 平成	年　月　日生（　　才）
氏 名	男 ・ 女			
住 所	〒		電 話	

1.当院をどのようにしてお知りになりましたか？

☐ 口コミ　（ご紹介名　　様）　☐ 看板　（阪神西宮駅・ビル看板・当ビル入口）

☐ 電話帳　（　赤色　・　黄色　）　☐ ホームページ　（インターネット・ｉモード）

☐ 当クリニックフロア利用　（　医院名　　）

☐ チラシ　（　　）　☐ その他　（　　）

2.下記の項目について今後の重要な診療の参考となりますので、ご記入下さい。

・本日受診することになったおもな症状は？

いつごろから？（　　）

どの部位？（　　）

どのような症状が？（　　）

・今までにかかったおもな病気、けが、手術は？

（　　）

・今までに薬や食べ物に対するアレルギー（じんましんが出たり、気分が悪くなったりしたこと）がありましたか？

☐ あり ➡（薬や食べ物の種類：　　）

☐ なし

・現在妊娠は？

☐ している　（妊娠　　ヶ月）

☐ していない

・酒やたばこはだいたい１日どれくらいのみますか？

酒（　　合）　ビール（　　本）　たばこ（　　本）

・以前当院にかかられたことはありますか？

☐ ある ➡（　　年　　月頃）

☐ なし

みやみつ整形外科
リハビリクリニック