

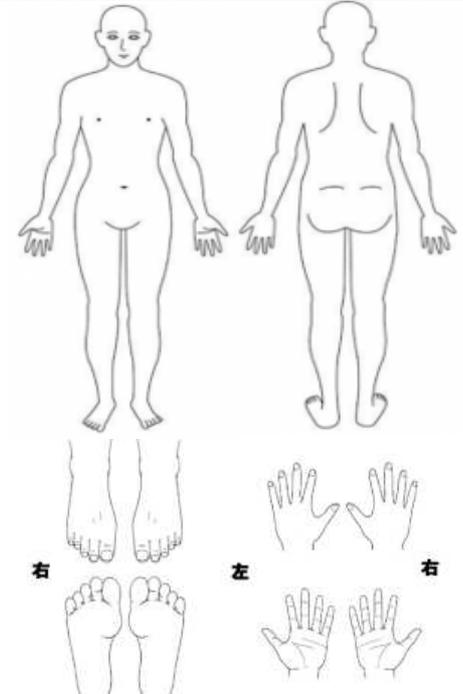
# 【問診票（新部位用）】 主に新部位の診察を行います

ID \_\_\_\_\_

日付 \_\_\_\_\_

ふりがな	旧姓（以前と変更のある方）	生年月日
氏名		大・昭・平・令 年 月 日
住所	(変更のある方) 〒 _____ - _____	電話 (変更のある方)
		携帯 (変更のある方)

※ご希望部位が複数ある場合、部位ごとにご記入ください。基本的に1回の診察で1部位のみ診察いたします。お困りの順番にご記入ください。（①、②・・・）右図にはすべての希望部位に○して下さい。

① 部位と症状	(腰痛、右肩が上がらない、左足親指のしびれ等)	<p><b>症状のある部位に○</b> (お困り順に①、②・・・と付記して下さい)</p> 
いつ頃からですか	(昨日から等) どのような時に症状が出たり、強くなりますか (起き上がりの時、歩行時 等)	
原因は？	(転倒した等)	
経過 詳細に	(他院で○検査し△と診断され、□治療するも改善せず等)	

② 部位と症状	(右おしり～足指までの痛みしびれ等)	<p>手術を受けたことは？ (追加のある方) ない・ある ( )</p> <p>体内に金属が入っている？ (追加のある方) いいえ・はい ( )</p> <p>抗凝固剤を内服している？ (追加のある方) いいえ・はい ( )</p>
いつ頃からですか	(5/10から等) どのような時に症状が出たり、強くなりますか (常時、10分歩くと歩けなくなる等)	
原因は？	(重量物を持った等)	
経過 詳細に	(鎮痛剤で様子を見ていたが、さらに悪くなってきた等)	

前回の部位の具合は？○をして下さい。 部位： ( )  
 治った    ほぼ困らない    ましたが多少困る    相変わらず困る    悪くなっている  
 前回受診の内容を忘れた

女性の方のみ    妊娠の可能性はありますか？    いいえ    はい    ・    妊娠中  
 授乳中ですか？    いいえ    はい

現在治療中、または今までにかかった病気を○で囲んでください。 (追加のある方)  
 特にない    高血圧    糖尿病    高脂血症    ぜんそく    胃かいよう    リウマチ    脳こうそく    痛風  
 心臓疾患    肺疾患    肝疾患    腎疾患    甲状腺疾患    その他 ( )

今までに飲み薬や注射などで副作用が出たことはありますか？ (追加のある方)  
 ない・ある (薬剤名 ( ) ・症状 ( ))