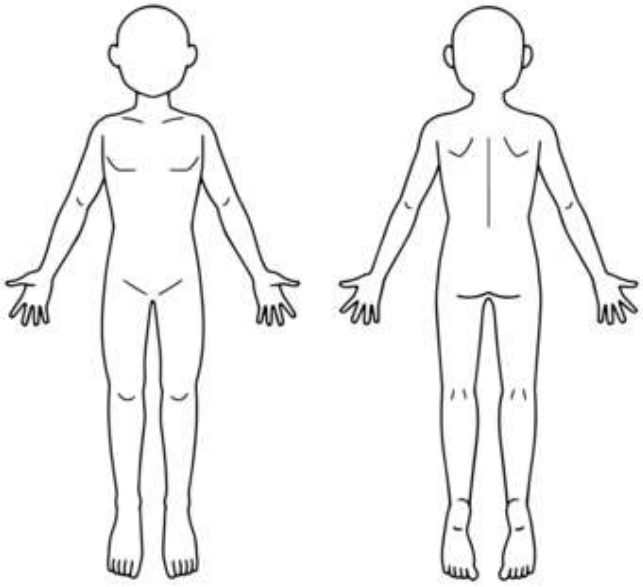
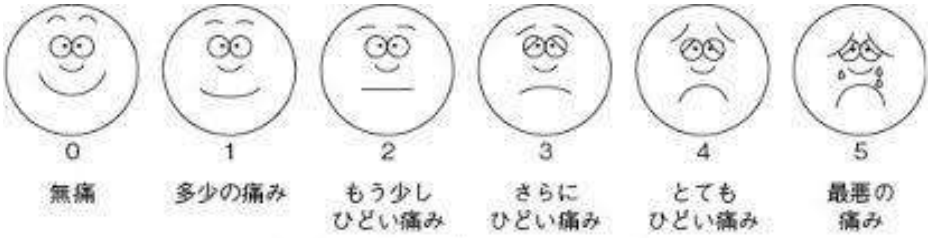
問診票

令和　　年　　月　　日

ふりがな		性別	男　・　女
お名前		生年月日	T・S・H・R　年　月　日 （　　）才
ご住所	〒	電話番号	自宅（　　） 携帯（　　）
		緊急連絡先（　　）	
職業/学年　（　　）	交通手段　（　　）	付き添い　有（　　）・　無	
介護認定	受けていない　・　受けている（介護度　　）		

本日の受診の理由は何ですか	調子の悪い部分に〇を付けてください  □痛み □しびれ □感覚が鈍い □違和感がある □動かない □腫れている □その他 （　　）
それはいつからですか	年　　月　　日頃から
考えられるきっかけは何ですか	□仕事　□家事・育児　□スポーツ　□その他（　　）
現在の痛みはどの程度ですか	下の顔の絵に合う数字に〇を付けてください  主観的な痛みの強さを表情のイラストで表している 夜中も痛みがありますか　（　有　・　無　） 睡眠はとれていますか　（　有　・　無　）
今回の症状で他院を受診したことがありますか	□受診した➔病院名（　　）検査（　　） 病名（　　）治療（　　） □受診していない

今までにかかった病気や 現在治療中の病気はありますか	□ ない □ ある ➔□ 心臓（病名　　）（いつから　　） （病院名　　）（手術名　　） □ 脳　（病名　　）（いつから　　） （病院名　　）（手術名　　） □ 高血圧（いつから　　）（病院名　　） □ 糖尿病（いつから　　）（病院名　　） □ 喘息　（いつから　　）（病院名　　） □ 腎臓（病名　　）（いつから　　） （病院名　　） □ その他（　　）
麻酔や造影剤で気分が悪く なったりしたことがありますか	□ ない □ ある➔症状（　　）
消毒液や薬、食べ物で アレルギーがありますか	□ ない □ ある➔症状（　　）
現在服用している薬を 教えてください	□ 持参しているお薬手帳にすべて記載されている □ 持参しているお薬手帳に記載されている薬の他にある （薬の名前　　） □ お薬手帳を忘れた （薬の名前　　） □ 何も服用していない
たばこを吸いますか	□ 吸わない □ 吸う➔本数（　　）本/日
女性の方にお聞きします 妊娠、又は可能性がありますか 授乳中ですか	□ はい　　□ いいえ □ はい　　□ いいえ
当院を受診したきっかけは 何ですか	□ 医師の紹介　　□ 医療従事者に勧められて □ 血縁者・友人に勧められて　　□ インターネット　　□ 看板を見て □ その他（　　）

当院では診療の質の向上及び医学の発展を目的として、院長が各種講演会や医学学会などで発表を行う場合があります。
その際、患者様個人が特定されない十分に匿名化したうえで、当院で得られた診療情報（診療経過、画像、検査結果など）を学術的発表に利用させていただくことがあります。
発表に際しては個人情報の保護に十分配慮し、個人を特定できる情報は一切使用いたしません。
このような形でのデータ使用について同意いただけますか。

□ 同意する　　□ 同意しない

ご記入ありがとうございました。