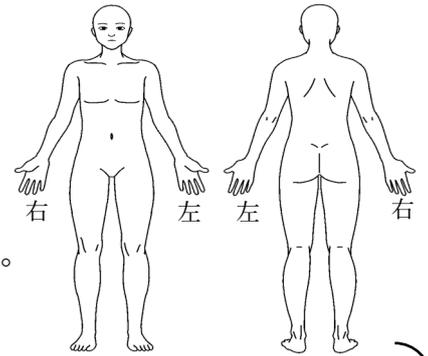


問診票 ご本人の記入をお願いします。

フリガナ			〒
氏名	男 殿 女	住所	Tel ()
生年月日	昭 平 令 年 月 日 () 歳	職業	あり () なし 学生 () 学校 () 年生
身長	cm	体重	kg
PRP 療法 (自費診療) 希望		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
緊急連絡先 (Tel () (続柄 ()		喫煙 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (本/day)	
介護保険 <input type="checkbox"/> 申請なし <input type="checkbox"/> 申請中 介護認定 (要支援) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 (要介護) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			

[症状] 1. 右の図に症状のある部分に○をつけてください。

2. 今回の症状の要因で当てはまるものを選んでください
 仕事中に痛めた 通勤退勤途中に痛めた スポーツ中
 学校で 交通事故 家庭で その他 ()
3. 症状について、医師に伝えたいことをできるだけ書いてください。
 (痛み・しびれなどの症状や、いつから症状が起きたなど)



発症 年 月 日 または 約 () 前

4. 今回の症状に対し、他院で治療されていますか? なし あり

[治療中の疾患・手術歴]

1. 現在治療中の病気はありますか? 次の項目から選んでください (複数可)
なし 脳梗塞 脳出血 高血圧 糖尿病 心臓病 その他 ()
2. 過去に大きな病気や手術等がありましたら、お聞かせください

3. 現在、内服中のお薬はありますか?
なし お薬手帳を受付に提出 あり (内服薬名:)
4. アレルギーはありますか?
なし あり () 花粉 食品 () 薬剤 () その他 ()

[その他]

スポーツ歴と現在の職種について、具体的に書いてください。