

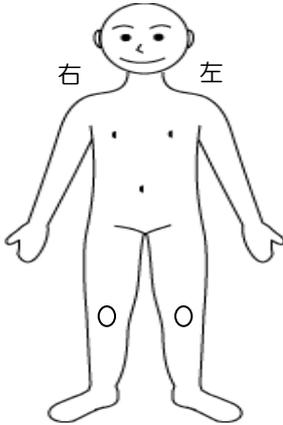
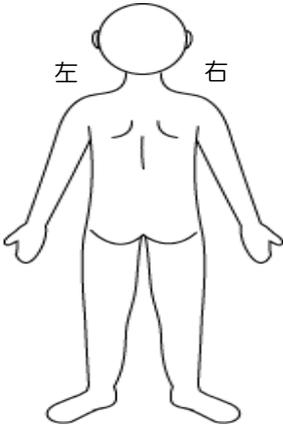
# 問 診 票

記入日 年 月 日

当院受診歴 ( 有 ・ 無 )

|            |   |      |   |      |    |
|------------|---|------|---|------|----|
| フリガナ<br>氏名 |   | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令<br>年 月 日 |      |    |
| 性別         | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 連絡先  | 自宅 (      )<br>携帯 (      )  |      |    |
| 住所         | 〒 -   | 職業   |   | スポーツ |    |
| 介護保険       | 無 ・ 要支援 ・ 要介護   | 身長   | cm  | 体重   | kg |

□に✓を入れてください

|  |   |
|--|---|
| <p>1、どのような症状ですか？</p> <p> <input type="checkbox"/>痛い                      <input type="checkbox"/>しびれる<br/> <input type="checkbox"/>はれている              <input type="checkbox"/>動かしにくい<br/> <input type="checkbox"/>つっぱる                  <input type="checkbox"/>しこりがある<br/> <input type="checkbox"/>できものがある<br/> <input type="checkbox"/>その他 (                      )                 </p> <p>3、それはいつ頃からですか？</p> <p> <input type="checkbox"/>昨日    <input type="checkbox"/>今日              <input type="checkbox"/>__日前～<br/> <input type="checkbox"/>__週間前～   <input type="checkbox"/>__ヶ月前～   <input type="checkbox"/>__年前～                 </p> <p>4、原因やきっかけはありましたか？</p> <p> <input type="checkbox"/>落ちた   <input type="checkbox"/>転んだ   <input type="checkbox"/>ぶつけた   <input type="checkbox"/>ひねった<br/> <input type="checkbox"/>はさんだ   <input type="checkbox"/>切った   <input type="checkbox"/>仕事中   <input type="checkbox"/>不明<br/> <input type="checkbox"/>交通事故 (事故日 年 月 日)<br/> <input type="checkbox"/>その他 (                      )                 </p> <p>5、今回の症状で他の医療機関にかかりましたか？</p> <p> <input type="checkbox"/>いいえ<br/> <input type="checkbox"/>はい → (どこに?                      )                 </p> <p>6、今までにかかった病気はありますか？</p> <p> <input type="checkbox"/>いいえ<br/> <input type="checkbox"/>胃潰瘍   <input type="checkbox"/>高血圧   <input type="checkbox"/>喘息   <input type="checkbox"/>糖尿病<br/> <input type="checkbox"/>骨粗鬆症   <input type="checkbox"/>脳梗塞   <input type="checkbox"/>認知症   <input type="checkbox"/>精神疾患<br/> <input type="checkbox"/>その他 (                      )                 </p> <p>7、手術を受けたことはありますか？</p> <p> <input type="checkbox"/>いいえ<br/> <input type="checkbox"/>はい → (手術名は?                      )                 </p> <p>8、現在飲んでいる薬はありますか？</p> <p> <input type="checkbox"/>いいえ   <input type="checkbox"/>高血圧薬   <input type="checkbox"/>喘息薬   <input type="checkbox"/>糖尿病薬   <input type="checkbox"/>抗凝固薬 (血液サラサラ薬)   <input type="checkbox"/>胃薬<br/> <input type="checkbox"/>骨粗鬆症薬   <input type="checkbox"/>その他 (                      )                 </p> <p>9、食べ物や薬でじんましんが出るなどのアレルギーはありますか？</p> <p> <input type="checkbox"/>いいえ              <input type="checkbox"/>はい→ (                      )                 </p> <p>10、現在妊娠中、またはその可能性がありますか？ (女性のみ)</p> <p> <input type="checkbox"/>いいえ              <input type="checkbox"/>はい                 </p> <p>11、診察時に希望されることはありますか？</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div> | <p>2、その部位はどこですか？</p> <p style="text-align: center;">○を付けて下さい</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>右                      左</p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p>左                      右</p>  </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;">  <p>左</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>右</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>左</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>右</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;">  <p>左</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>右</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>右</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>左</p> </div> </div> |
|--|---|