

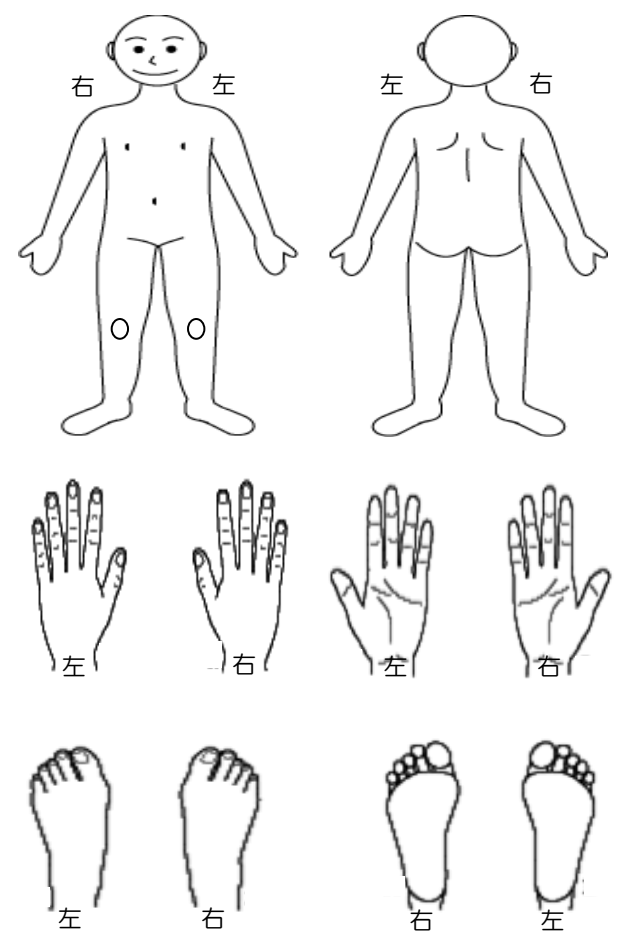
# 問 診 票

記入日 年 月 日

当院受診歴 ( 有 ・ 無 )

フリガナ 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 年 月 日		
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	連絡先	自宅 (    ) 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

1、どのような症状ですか？	2、その部位はどこですか？
<input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> しびれる <input type="checkbox"/> はれている <input type="checkbox"/> 動かしにくい <input type="checkbox"/> つっぱる <input type="checkbox"/> しこりがある <input type="checkbox"/> できものがある <input type="checkbox"/> その他 (                    )	○を付けて下さい 
3、それはいつ頃からですか？	
<input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> 今日 <input type="checkbox"/> __日前～ <input type="checkbox"/> __週間前～ <input type="checkbox"/> __ヶ月前～ <input type="checkbox"/> __年前～	
4、原因やきっかけはありましたか？	
<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 <input type="checkbox"/> はさんだ <input type="checkbox"/> 切った <input type="checkbox"/> 仕事中 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 交通事故 (事故日 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他 (                    )	
5、今回の症状で他の医療機関にかかりましたか？	
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → (どこに?                    )	
6、今までにかかった病気はありますか？	
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <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 <input type="checkbox"/> その他 (                    )	
7、手術を受けたことはありますか？	
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → (手術名は?                    )	
8、現在飲んでいる薬はありますか？	
<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 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症薬 <input type="checkbox"/> その他 (                    )	
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？	
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい→ (                    )	
10、現在妊娠中、またはその可能性がありますか？ (女性のみ)	
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
11、診察時に希望されることはありますか？	