
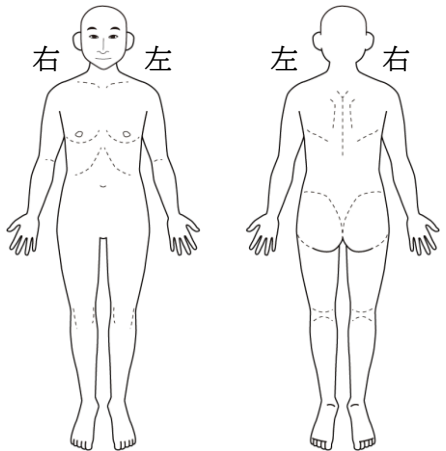


問診票

記入日 / /

ふりがな		性別	生年月日			年齢
名前	様	男・女	M・T・S・H・R	年	月	日
住所	〒 -				身長	体重
					cm	kg
電話	(自宅) - -	(携帯)	- -		職業	
介護保険証	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護		握力	右 kg	左 kg	受診の きっかけ <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> 他()

1.どのような症状で来院されましたか？	お熱はありますか？
<input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> しびれる <input type="checkbox"/> 動きにくい <input type="checkbox"/> はれている <input type="checkbox"/> 何かできている <input type="checkbox"/> つつばる <input type="checkbox"/> キズがある <input type="checkbox"/> ねんざ <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(. °C)

症状のある場所はどこですか？(左・右は該当に○) <input type="checkbox"/> 首 <input type="checkbox"/> 背中 <input type="checkbox"/> 腰 <input type="checkbox"/> 膝(右・左) <input type="checkbox"/> 足首(右・左) <input type="checkbox"/> 足(右・左) <input type="checkbox"/> 肩(右・左) <input type="checkbox"/> 肘(右・左) <input type="checkbox"/> 手(右・左) <input type="checkbox"/> 手首(右・左) <input type="checkbox"/> その他()	症状のある場所を下図に書き込んでください。 痛む場所 → ○ しびれる所 → 
2.いつ頃から症状は出てきましたか？ <input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> 年__月__日頃から <input type="checkbox"/> __日前頃から <input type="checkbox"/> ヶ月前頃から <input type="checkbox"/> 年前頃から	
3.何か心当たりはありますか？あれば記入をお願いします。 <input type="checkbox"/> 原因なし <input type="checkbox"/> 原因あり __月__日頃 原因詳細：	

交通事故または工作中的の事故・ケガの方は診断書を希望されますか？ (診断書料金は種類により異なるため、スタッフにご確認ください)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
---	--

4.この症状で他の医療機関や整骨院を受診されていますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 治療内容： <input type="checkbox"/> 投薬 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> その他() 検査内容： <input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他()	5.リハビリを希望しますか？ <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 必要なら希望する <input type="checkbox"/> 希望しない※ <small>※骨折等で必要となる場合もございます</small>
--	--

6.現在または今まで治療されている病気、歯科技歯予定はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 病名： <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 痛風(高尿酸血症) <input type="checkbox"/> 胃炎 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 歯科技歯予定あり <input type="checkbox"/> その他()
--

7.過去にケガや病気で手術を受けたこと・金属・ペースメーカーを入れているなどありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 手術名() _____歳の時
--

8.食べ物でアレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 食べ物()	9.お薬・注射等で副作用・アレルギーがありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 薬名() <input type="checkbox"/> 薬で口内炎がしやすい <input type="checkbox"/> 湿布・アルコール綿でかぶれる
---	--

10.女性の方へ ・授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ・妊娠中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (____)週	11.本日、お薬手帳はお持ちですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 忘れてしまった <input type="checkbox"/> いいえ
--	---

ありがとうございました。ご来院いただいた順番でできるだけ診療させていただきますが、緊急の患者様、初診の患者様は順番が変わる場合がございます。何卒ご理解・ご了承の程、よろしくお願い申し上げます。