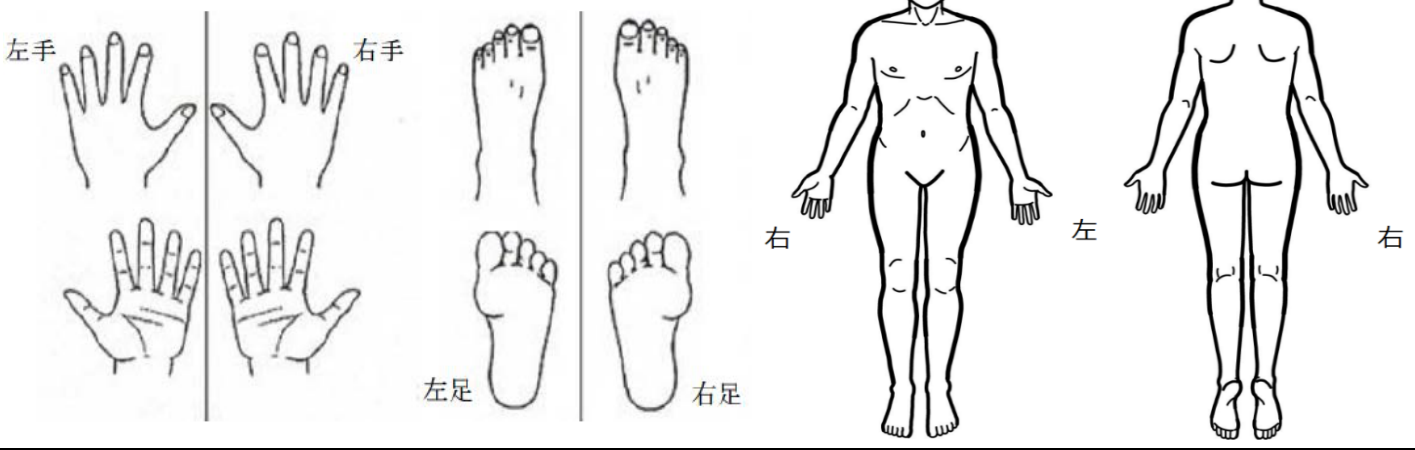


問 診 票

令和 年 月 日

フリガナ			生 年 月 日	
お名前	男 ・ 女		T・S・H・R 年 月 日 (才)	
ご住所	(〒 -) TEL: 携帯:		お仕事	
1. いつからお困りですか (日・週・月・年) 前から			2. 原因に心当たりはありますか <input type="checkbox"/> ぶつけた <input type="checkbox"/> ひねった <input type="checkbox"/> 切った <input type="checkbox"/> 転倒した <input type="checkbox"/> スポーツ <input type="checkbox"/> 工作中 <input type="checkbox"/> 通勤中 <input type="checkbox"/> 交通事故 (/)	
3. どのような症状ですか <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> しびれる <input type="checkbox"/> 動かしにくい <input type="checkbox"/> 力が入らない <input type="checkbox"/> こり <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> はき気 <input type="checkbox"/> キズ <input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> その他 ()				
4. 部位はどこですか ○をつけてください				
				
5. この症状で、治療を受けたことはありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (内容: 紹介状 あり・なし 病院 <input type="checkbox"/> お薬 <input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI)				
6. 現在内服している薬はありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (お薬: お薬手帳 あり・なし 血液サラサラ あり・なし)				
7. 持病や、過去に手術を受けたことはありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病・肝炎 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 手術 (体内に金属 あり・なし)				
8. 薬アレルギーはありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬剤名: 症状:)				
9. 食べ物のアレルギーはありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (食べ物名: 症状:)				
10. (女性の方のみ) 妊娠中ですか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (カ月) <input type="checkbox"/> 可能性がある			授乳中ですか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
11. タバコは吸いますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (1日 本)			お酒は飲みますか 日本酒・ビール・酎ハイ・ウイスキー <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (合・本・杯/日)	
12. 介護認定を受けていますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			要支援・要介護 介護サービス ()	