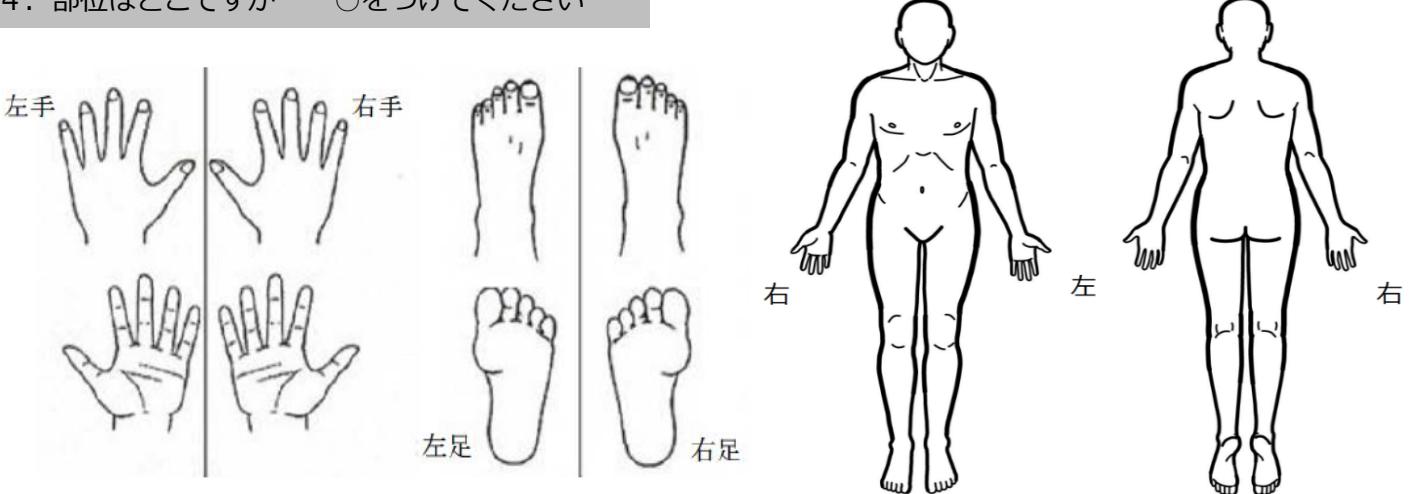


問診票

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	(〒―――)	お仕事	
TEL:	携帯:		
1. いつからお困りですか 〔 日・週・月・年 〕	2. 原因に心当たりはありますか		
前から	<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"/> 仕事中 <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"/> 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 ()	<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		
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: 病院 <input type="checkbox"/> お薬 <input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI)	紹介状	あり・なし	
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)	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"/> はい (高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病・肝炎 <input type="checkbox"/> 腎臓病 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) □ 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 <input type="checkbox"/> いいえ	日本酒・ビール・酎ハイ・ウイスキー	<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	()