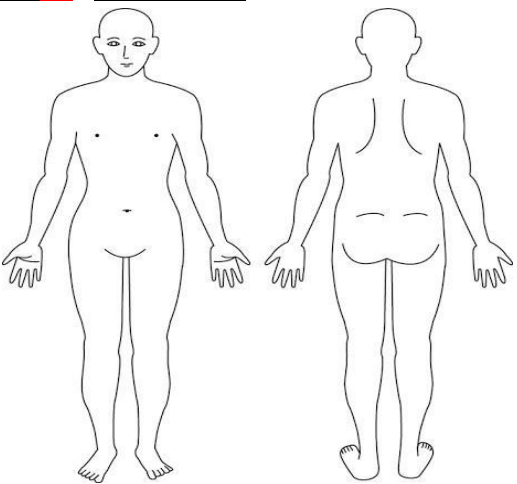


問 診 票

ID. _____ 記入日 年 月 日

氏 名	フリガナ _____ (歳)	職 業	
同居家族	父・母・配偶者・子・その他() 計()人		
緊急連絡先	① TEL: - -	氏名:	続柄:
	② TEL: - -	氏名:	続柄:
身長・体重	cm	kg	体温(職員記入) °C
当院を知ったきっかけ	広告・ホームページ・ご紹介()・その他()		
・症状はいつ頃からありますか？			
・どのような症状ですか？ <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> しびれる <input type="checkbox"/> 動きにくい <input type="checkbox"/> 腫れている <input type="checkbox"/> つっぱる <input type="checkbox"/> 何かできている <input type="checkbox"/> 傷がある <input type="checkbox"/> 捻挫 <input type="checkbox"/> ぶつけた <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> その他()			
・痛みは赤、しびれは黒で○をつけてください		(1) きっかけは何ですか？ 勤務中・通勤中・第三者行為・交通事故・その他 ()	
		(2) どのような時に痛みますか？	
・この症状で他の病院を受診されたことがありますか？ いいえ・はい (県 市 医院)			
・体内に金属は入っていますか？(ペースメーカー等) いいえ・はい()			
・介護認定を受けていますか？ いいえ・要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)			
・現在服用している薬はありますか？(おくすり手帳をお持ちでない方)はご記入ください いいえ・はい 薬名()			
・今までに薬や注射、食品、その他のアレルギーが出た事がありますか？ いいえ・はい 薬、食品名()			
・既往歴 : あてはまる項目に○をつけてください。 糖尿病・心疾患・呼吸器疾患・高血圧・腎臓病・脳疾患 (その他)			
・今までに手術を受けた事がありますか？ある場合は手術名・病院名をご記入ください。 いいえ・はい()			
・タバコを吸いますか？ いいえ・はい(1日 本)・ 年前～禁煙		・お酒を飲みますか？ いいえ・はい(時々・毎日 杯)	
・紹介状、画像データをお持ちですか？ いいえ・はい(紹介状・画像 CD データ・その他)			
・現在妊娠中、または授乳中ですか？ いいえ・はい(週目・授乳中)			
・マイナ保険証による診療情報取得について 同意する・同意しない			
♪ご協力ありがとうございました♪			