



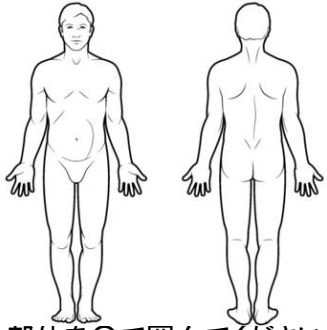
問診票

スキャナ

登録

令和 年 月 日

ふりがな			性別	男 女	生年 月日	大正・昭和・平成 年 月 日 (才)
お名前						
ご住所	〒					
電話番号	自宅 (- -)		携帯 (- -)			
職業/学年		身長	cm	体重	kg	

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> はれ <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 動かない <input type="checkbox"/> 変形 <input type="checkbox"/> しこり <input type="checkbox"/> 感覚が鈍い <input type="checkbox"/> 違和感がある <input type="checkbox"/> 歩行困難 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症が気になる <input type="checkbox"/> その他 ()		 部位を○で囲んでください		
それはいつからですか	<input type="checkbox"/> 本日 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> ()年()月()日頃				
考えられるきっかけは何ですか	<input type="checkbox"/> 工作中・通勤中のけが <input type="checkbox"/> スポーツ () <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> はっきりとした原因不明				
交通事故の場合	事故発生時刻	年	月	日	時 分頃
自費診療希望の方	<input type="checkbox"/> プラセンタ <input type="checkbox"/> パーソナルトレーニング <input type="checkbox"/> にんにく注射 <input type="checkbox"/> インディバ				
この症状で他院を受診しましたか	<input type="checkbox"/> 受診していない <input type="checkbox"/> 以前受診した <input type="checkbox"/> 今も受診している 病院・医院名 ()				
今までにかった病気や受けた手術、現在治療している疾患はありますか					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
上記で「はい」と答えた方は詳細を選択してください	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 脳梗塞/脳卒中 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 癌・悪性腫瘍 () <input type="checkbox"/> 心療内科疾患 () <input type="checkbox"/> その他 () 手術名 () いつ頃 ()				
薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> はい ()				<input type="checkbox"/> いいえ
薬や食べ物にアレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> はい (原因 :)				<input type="checkbox"/> いいえ
注射で具合が悪くなったことがありますか	<input type="checkbox"/> はい (症状 :)				<input type="checkbox"/> いいえ
妊娠中または授乳中ですか (女性のみ)	<input type="checkbox"/> 妊娠中 (週 日)		<input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない		
身体の中にペースメーカー、プレートなどの金属が入っていますか	<input type="checkbox"/> はい ()				<input type="checkbox"/> いいえ
当院を受診したきっかけは何ですか	<input type="checkbox"/> ご家族の紹介 <input type="checkbox"/> ご友人のご紹介 (様) <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 検索サイト <input type="checkbox"/> 当院の看板を見て <input type="checkbox"/> 電柱の看板を見て <input type="checkbox"/> その他				