

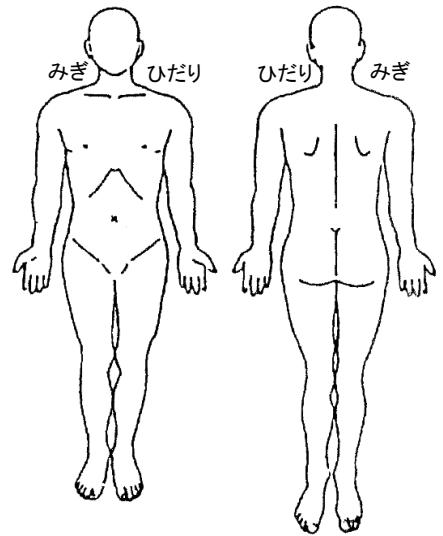
問 診 票

フリガナ			
お名前		男 ・ 女	
生年月日	大・昭・平・令	年 月 日	()才
住所 〒			
電話	携帯		
緊急連絡先	(続柄)		

- いつの事故ですか？
- どんな事故でしたか？

- みてもらいたい所はどこですか？
右の絵に○をつけて下さい。

- どのような症状がありますか？
- | | | |
|----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> いたい | <input type="checkbox"/> 力が入らない | <input type="checkbox"/> おもい |
| <input type="checkbox"/> つかれやすい | <input type="checkbox"/> しびれる | <input type="checkbox"/> はれている |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | |



- いつから症状がありますか？
 - 今までにかかった、または治療中の病気はありますか？
- | | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 高脂血症 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 痛風 | <input type="checkbox"/> ぜんそく |
| <input type="checkbox"/> 狭心症/心筋梗塞 | <input type="checkbox"/> 脳卒中 | <input type="checkbox"/> その他() | | |
- 今までに手術の経験はありますか？
- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | 病名() |
|-----------------------------|-----------------------------|-------|
- 心臓ペースメーカー ・ シヤント(透析)はありますか？
- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある |
|-----------------------------|-----------------------------|
- 現在飲んでいる薬はありますか？ (お薬手帳をお持ちの方は見せてください)
- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | 薬品名() |
|-----------------------------|-----------------------------|--------|
- 今までに薬や注射でアレルギーが出たことはありますか？
- | | |
|-----------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり () |
|-----------------------------|---------------------------------|

- ☆ 女性の方だけお答えください
- | | | |
|-------------------|-----------------------------|------------------------------|
| 妊娠されている可能性はありますか？ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 授乳中ですか？ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |

- ★ 当院をお知りになったきっかけは何ですか？
- | | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 広告 | <input type="checkbox"/> 知人・家族の紹介 | <input type="checkbox"/> 他の医療機関からの紹介 |
| <input type="checkbox"/> その他() | | |