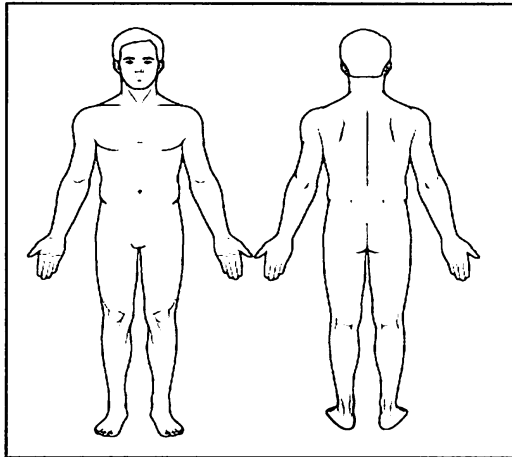


問診票

紹介状	画像データ
あり・なし	あり・なし

診察日	年	月	日				
フリガナ				生年月日	1明 3昭	2大 4平	年 月 日
氏名			男・女				
電話番号	自宅				携帯		
住所	〒 —						

《症状のある部位に①～③をつけてください》



身長	cm	体重	kg
----	----	----	----

下記に該当する方はし印をつけて下さい <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 学校での怪我

★同じ症状で他院を受診されたことはありますか 病院： 手術：あり・なし 期間： <input type="checkbox"/> 現在通院中 <input type="checkbox"/> 年 月 から 年 月
--

部位	①	②	③
いつから	<input type="checkbox"/> 今日 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> それ以前 ()	<input type="checkbox"/> 今日 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> それ以前 ()	<input type="checkbox"/> 今日 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> それ以前 ()
痛み	原因 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
	症状 <input type="checkbox"/> 痛い (<input type="checkbox"/> 安静時 <input type="checkbox"/> 動作時) <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> 変形	<input type="checkbox"/> 痛い (<input type="checkbox"/> 安静時 <input type="checkbox"/> 動作時) <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> 変形	<input type="checkbox"/> 痛い (<input type="checkbox"/> 安静時 <input type="checkbox"/> 動作時) <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> 変形
	動作 [その他] 何をしたら上記症状が出ますか	[その他] 何をしたら上記症状が出ますか	[その他] 何をしたら上記症状が出ますか

●既往歴をお持ちの場合はご記入ください ※過去の病気、ケガ、手術等も含みます

なし 高血圧 喘息 心臓系 糖尿病 痛風

その他 ()

●現在服用されている薬はありますか なし ある ()

●薬で副作用が出ることはありますか なし ある ()

●麻酔で気分が悪くなったことはありますか なし ある ()

●妊娠の可能性はありますか なし ある ()

●現在授乳中ですか いいえ はい

●介護認定は受けていますか いいえ はい 要介護 ・ 要支援 (等級：)

リハビリのご希望はありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 迷っている
-----------------	-----------------------------	-----------------------------	--------------------------------