

問診票

カルテNo

日付

ふりがな		男		職業
お名前		女	歳	
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	自宅電話		
ご住所	〒	携帯電話		

紹介状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	画像データ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	→受付でお出しください	
スポーツ	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している ()				
妊娠	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 分からない	授乳中	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	喫煙	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
既往症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 腎不全 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> その他				
手術歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
内服薬	<input type="checkbox"/> 血液がサラサラになる薬 <input type="checkbox"/> 骨の薬 <input type="checkbox"/> 痛み止め <input type="checkbox"/> 痛風の薬 <input type="checkbox"/> 睡眠薬 <input type="checkbox"/> その他				
60才以上の女性の方にお聞きます		骨密度検査を定期的に行っていますか？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
		骨粗鬆症の治療を行っていますか？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			

今日はどうされましたか？	症状のある場所に印をつけてください
<input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> しびれる <input type="checkbox"/> 傷がある <input type="checkbox"/> その他	
いつから症状がありますか？	
思い当たる原因	
<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> スポーツ <input type="checkbox"/> 使いすぎ <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他	
特に受けたい検査・治療などありますか？	
<input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> 骨密度検査 <input type="checkbox"/> リウマチ検査 <input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> 湿布 <input type="checkbox"/> 必要に応じて <input type="checkbox"/> その他	
今回の症状で、他の医療機関を受診しましたか？	
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
介護認定を受けていますか？	
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (要支援、要介護)	