

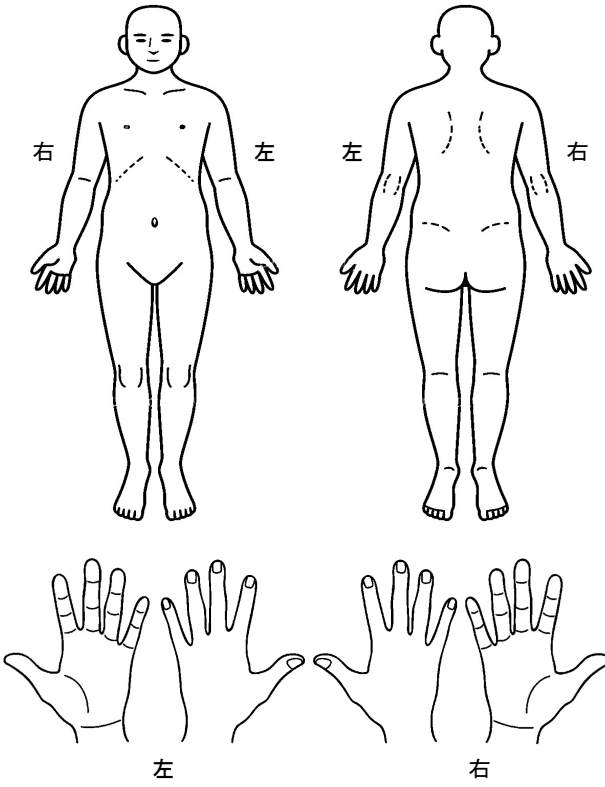
問診票

カルテNo

日付

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

紹介状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	画像データ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→診察前に受付にお出してください
既往症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 悪性疾患 () <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 逆流性食道炎 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 透析 <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"/> 薬のアレルギー () <input type="checkbox"/> 痛み止めの注射 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 食べ物 <input type="checkbox"/> その他		
内服薬	<input type="checkbox"/> 血液がサラサラになる薬 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症の薬 <input type="checkbox"/> 痛み止め <input type="checkbox"/> その他		
妊娠	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 分からない	授乳中	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
スポーツ	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している ()		
60以上の女性の方にお聞きします	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		

<p>今日はどうされましたか？</p> <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	<p>症状のある場所に印をつけてください</p> 
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"/> エコー <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)	