

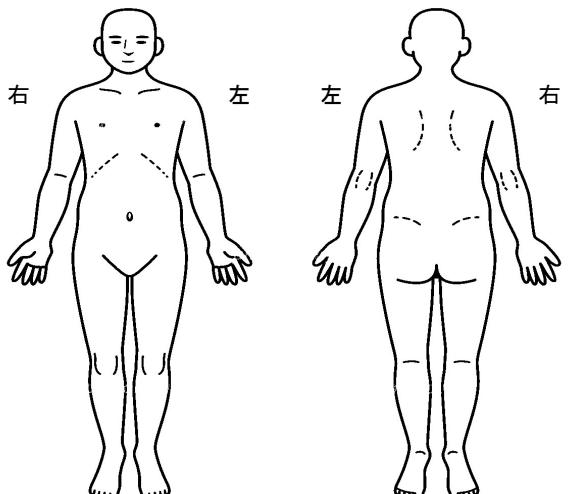
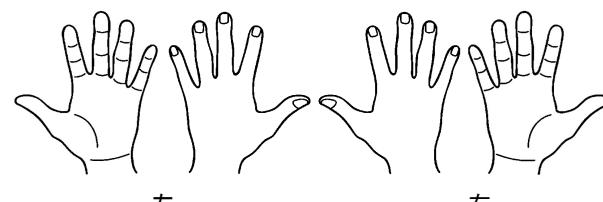
問診票

カルテNo

日付

ふりがな			男 ・ 女	歳	職業
お名前					
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日				
ご住所	〒		自宅電話 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	→診察前に受付にお出しください	
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才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			

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"/> 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)			
介護保険でリハビリをしていますか?			
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> その他			
当院をお知りになったきっかけ を教えて下さい		<input type="checkbox"/> 家族からの紹介 <input type="checkbox"/> 知人からの紹介 <input type="checkbox"/> 他の医療機関からの紹介 <input type="checkbox"/> 近所・通りがかり <input type="checkbox"/> 駅の看板 <input type="checkbox"/> 電柱の看板 <input type="checkbox"/> 当院ホームページ <input type="checkbox"/> その他	