

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	自宅電話  携帯電話		
ご住所	〒			

紹介状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <b>画像データ</b> <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 <b>授乳中</b> <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

<b>今日はどうされましたか？</b>		<b>症状のある場所に印をつけてください</b>	
<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			
<b>いつから症状がありますか？</b>			
<b>思い当たる原因</b>			
<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			
<b>特に受けたい検査・治療などありますか？</b>			
<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			
<b>今回の症状で、他の医療機関を受診しましたか？</b>			
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（                      ）			
<b>介護認定を受けていますか？</b>			
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（要支援                      、要介護                      ）			
<b>介護保険でリハビリをしていますか？</b>			
<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ください	<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		