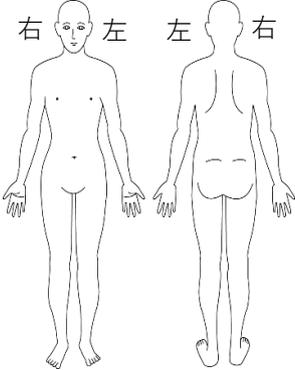


# 問 診 票

令和 年 月 日

ふりがな		性別	男・女	生年月日	大正	昭和	平成	令和
お名前					年	月	日(	歳)
姿勢	□立位でいる事が多い( □仕事 □家事 □その他( ) )				具体的な活動			
	□座位でいる事が多い( □仕事 □TV □ゲーム □携帯電話 )							
職業 (過去5年以内)				スポーツ歴 (過去5年以内)				
身長	cm	体重	kg	体温 (職員が記入します)	℃			

1. どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> ぶつけた <input type="checkbox"/> ひねった <input type="checkbox"/> その他( )	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>右</span><span>左</span><span>左</span><span>右</span> </div>  <p style="writing-mode: vertical-rl; font-size: small;">部位を○で囲んでください</p>
2. 痛み、しびれの場合どんな時に感じますか	( )	
3. 痛みの強さはどのくらいですか ※数字に○を付けてください。	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (※0(痛みなし)から10(耐えられない痛み))	
4. いつからですか	<input type="checkbox"/> 本日 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> 月 日頃 <input type="checkbox"/> 日・ 週間・ ヶ月・ 年 前から	
5. 思い当たる原因はありますか	( ) <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 仕事中 <input type="checkbox"/> 不明	
6. この症状に対して検査・治療を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 受診中 病院・医院名( ) 治療内容 <input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> 湿布 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 電気 <input type="checkbox"/> その他( )	
7. 現在治療中、あるいはかかったことのある病気やケガはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 歯の治療 <input type="checkbox"/> その他( )	
8. 現在服用されている薬がありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい( )	
9. お薬手帳・他院からの検査データ等がありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ※提出をお願いします。	
10. 手術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 年 月頃 病名( ) 病院名( ) 年 月頃 病名( ) 病院名( )	
11. 体内に金属(ペースメーカー含む)が入っていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい( )	
12. アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい⇒ <input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> ゴム製品 <input type="checkbox"/> 花粉 <input type="checkbox"/> 食品( )	
13. 麻酔(歯科麻酔含む)で気分を悪くしたことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 経験がない	
14. (女性の方へ)現在妊娠中・授乳中ですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
15. (女性の方へ)出産経験がありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
16. 喫煙歴、飲酒歴はありますか	喫煙歴( <input type="checkbox"/> 1日 <input type="checkbox"/> 1ヶ月 約 本 年間 <input type="checkbox"/> 吸わない) 飲酒歴( <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週4~5回 <input type="checkbox"/> 週2~3回 <input type="checkbox"/> 週1回 <input type="checkbox"/> 飲まない)	
17. 本日も希望の内容がございましたらお知らせください	<input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> 湿布 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症検査(骨密度) <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> その他( )	
18. 当院を受診したきっかけは何ですか	<input type="checkbox"/> 宇佐美在住 <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> ウェブサイト <input type="checkbox"/> 友人、知人からの紹介 <input type="checkbox"/> 家族からの紹介 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 医療機関からの紹介(医療機関名: )	