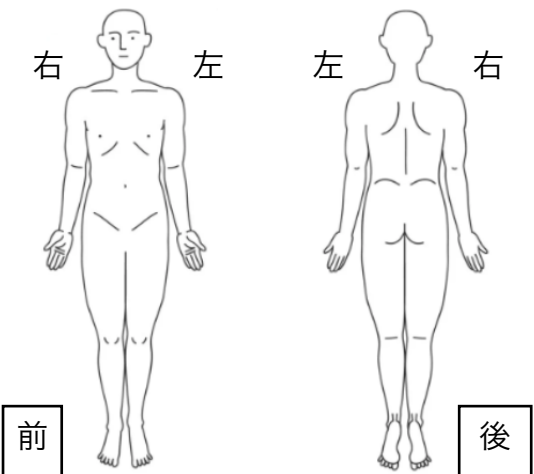


問診票

ふりがな		男・女	生年月日			
氏名			年	月	日 (歳)	
住所	〒		—		身長： 体重：	cm Kg
電話番号			ご職種			

当院をどちらでお知りになりましたか？

- ホームページ
 近所・通りがかり
 ご家族・知人から
 他院から紹介
 ネット (Google地図・検索、その他のサイト^{など})
 その他 ()

<p>1. どのような症状ですか？</p> <p> <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> しびれる <input type="checkbox"/> 動きにくい <input type="checkbox"/> はれている <input type="checkbox"/> できもの <input type="checkbox"/> つっぱる <input type="checkbox"/> 傷がある <input type="checkbox"/> その他 () </p>	<p>症状のある部位に○をして下さい</p> 
<p>2. 症状はいつからですか？</p>	
<p>3. 症状が出たきっかけは何ですか？</p> <p>()</p> <p> <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 工作中 <input type="checkbox"/> 原因がわからない </p>	

4. 利用予定の保険がありますか？ 自賠責保険 (交通事故) 労災保険 どちらもなし

5. 今回の症状で他の病院を受診されましたか？ いいえ はい (病院名：)

6. 治療中、もしくはかかったことのある病気やケガに○をつけて下さい
 なし 骨粗しょう症 糖尿病 心疾患 脳卒中 腎不全 その他 ()

7. 飲んでいるお薬はありますか？ ない
 ある (骨の薬 痛み止め 胃薬 その他：)

8. 手術を受けたことがありますか？ 年 病名： 病院名：

9. 体内に金属・ペースメーカーが入っていますか？ いいえ はい ()

10. お薬・麻酔薬・食べ物のアレルギーはありますか？ ない ある ()

11. 女性の方へ。妊娠中あるいは授乳中ですか？ いいえ はい (妊娠中 授乳中)

12. 要支援・要介護認定を受けていますか いいえ はい (訪問・通所リハも受けている)

13. 本日で希望の内容があれば○を付けて下さい
 レントゲン・骨そしょう症検査・薬、湿布・リハビリ・血液検査・その他 ()

14. 上記以外で医師に相談したいことはありますか？
 いいえ はい ()