

# 問 診 票

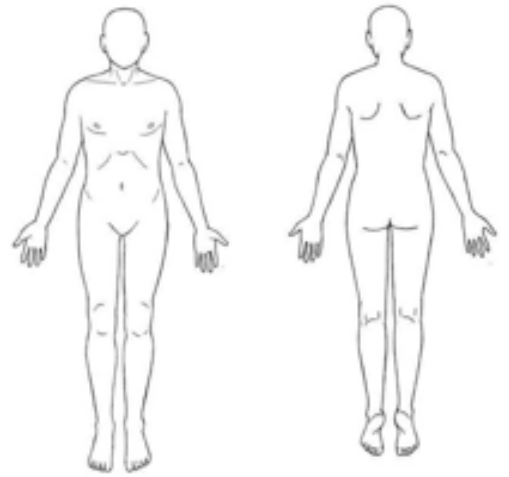
フリガナ				性別	男 女	職 業		
氏 名	様							
生年月日	大 昭 平	年	月	日	歳	小児のみ	kg	
住 所	〒                    ー				電話番号	(                    )		

1. 本日はどうなさいましたか

2. 右の図に具合の悪いところに ○ をつけてください

3. どのような状態ですか？

- |                                |                                |                                  |
|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 痛む    | <input type="checkbox"/> はれている | <input type="checkbox"/> しびれる    |
| <input type="checkbox"/> 動きが悪い | <input type="checkbox"/> 傷がある  | <input type="checkbox"/> 咬傷(犬・猫) |
| <input type="checkbox"/> その他   |                                |                                  |



4. それはいつからですか

- |                               |   |                             |                               |                              |
|-------------------------------|---|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 本日   | <input type="checkbox"/> 昨日                         | <input type="checkbox"/> 日前 | <input type="checkbox"/> 1週間前 | <input type="checkbox"/> 週間前 |
| <input type="checkbox"/> 1ヶ月前 | <input type="checkbox"/> その他 [                    ] |                             |                               |                              |

5. 思い当たる原因はありますか

- |                             |                                     |
|-----------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ある | ( 転倒/転落 ・ 捻挫 ・ スポーツ外傷 ・ 交通事故 ・ 労災 ) |
|                             | その他 [                    ]          |
| <input type="checkbox"/> ない |                                     |

6. 今までに大きな病気をしたことがありますか

- |                              |                                   |                              |                                  |
|------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 狭心症/心筋梗塞 | <input type="checkbox"/> 不整脈 | <input type="checkbox"/> 脳梗塞/脳出血 |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 喘息       | <input type="checkbox"/> 肝炎  |                                  |

\* その他に大きな病気・手術の経験はありますか  
わかれれば病名・治療内容 (                    )

7. アレルギーはありますか(薬剤・食物・花粉症など)

8. 現在服用されているお薬はありますか

9. 女性の方にお尋ねします

現在妊娠・授乳中ですか？

- |                                  |                                 |                              |
|----------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 妊娠していない | <input type="checkbox"/> 妊娠している | <input type="checkbox"/> 授乳中 |
|----------------------------------|---------------------------------|------------------------------|