

問診票 ID: 令和 年 月 日

| | | | |
|--|--|---|---|
| ふりがな | | 歳 | 生年月日 |
| お名前 | | 身長 cm 体重 kg | 大・昭・平・令 年 月 日 |
| 紹介状 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | 画像データ | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 お薬手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
| 本日はどのような症状でご来院されましたか？ | | 症状のある場所を記載して下さい。 | |
| <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> しびれる <input type="checkbox"/> 腫れている <input type="checkbox"/> 傷がある <input type="checkbox"/> 力が入らない <input type="checkbox"/> 動きが悪い <input type="checkbox"/> その他() | | <input type="checkbox"/> 右・左肩痛み <input type="checkbox"/> くびの痛み <input type="checkbox"/> 右・左 肘の痛み <input type="checkbox"/> 背中 of 痛み <input type="checkbox"/> 腰の痛み <input type="checkbox"/> 右・左 股関節の痛み <input type="checkbox"/> 右・左 膝の痛み <input type="checkbox"/> 右・左 足関節の痛み <input type="checkbox"/> 右・左 かかとの痛み <input type="checkbox"/> その他 () | |
| いつから症状がありますか？ | | ★現在妊娠中・授乳中ですか？ はい・いいえ | |
| <input type="checkbox"/> () 月 () 日 <input type="checkbox"/> () 日前 <input type="checkbox"/> () 週間前 <input type="checkbox"/> () カ月前 <input type="checkbox"/> () 年前 | | | |
| 症状の原因は何ですか？ | | | |
| <input type="checkbox"/> ぶつけた <input type="checkbox"/> ねんざ <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> スポーツ <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 不明 スポーツの方は下記記載をお願いします。 スポーツ名 () ポジション () 利き腕 (右 ・ 左) 所属チーム () | | | |
| 下記で希望する項目があれば教えてください。 | | | |
| <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症の検査について相談したい <input type="checkbox"/> 運動やストレッチを教えてほしい | | | |
| ご職業 | <input type="checkbox"/> デスクワーク <input type="checkbox"/> 営業 <input type="checkbox"/> 力仕事 <input type="checkbox"/> 立ち仕事 <input type="checkbox"/> 医療・介護職 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 学生 (学校名) | | |
| 既往症 | <input type="checkbox"/> 骨折 (部位 : 歳頃) <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> ペースメーカーあり <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> その他() | | |
| 手術歴 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () | 薬のアレルギー | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () |
| | | 食物アレルギー | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () |
| 血液をサラサラにする薬の服用 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () | ステロイド服用 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (mg × カ月・年) |
| アルコール | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (酒 合、ビール ml × 本/日) | | |
| タバコ | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (本/日 × 年) | | |
| 当院をお知りになったきっかけを教えてください。(複数回答可) | | | |
| <input type="checkbox"/> 近所 <input type="checkbox"/> 看板・広告 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> チラシを見て <input type="checkbox"/> 他の病院で院長の診察を受けた事がある <input type="checkbox"/> ご家族・知人のご紹介 (様) <input type="checkbox"/> 他の医療機関のご紹介 (病院) <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| クリニックへはどのような方法でお越しになりましたか。(複数回答可) | | | |
| <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 電車 (JR・地下鉄・その他) <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> その他 () 所要時間 (分) | | | |