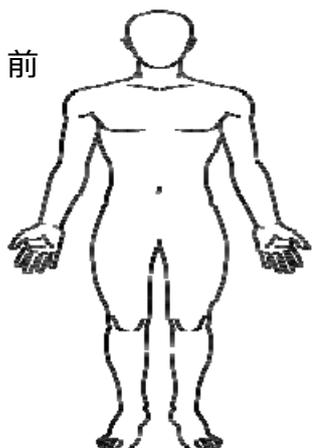
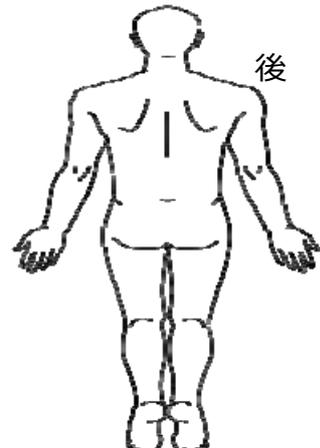


# 問診票

フリガナ				生年月日			
名前				大・昭	年	月	日
				平・令	( )		歳
ご住所	〒	-		性別	ご職業		
				男・女			
電話番号	( )			携帯番号	( )		

▼該当するものに☑を入れてください

<p><b>1 どのような症状で来院されましたか？</b>  <input type="checkbox"/>痛み <input type="checkbox"/>しびれ <input type="checkbox"/>腫れ  <input type="checkbox"/>その他 ( )</p> <p><b>3 症状のはいつごろからでていますか？</b>          約 ( ) 日・週間 前から          ヶ月・年</p> <p><b>4 原因は何ですか？</b>          (該当するものに1つ選んでください)  <input type="checkbox"/>交通事故 <input type="checkbox"/>スポーツ外傷 <input type="checkbox"/>工作中的事故  <input type="checkbox"/>通勤中の事故 <input type="checkbox"/>該当なし</p>	<p><b>2 症状の部位に○を付けてください</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>前</p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p>後</p>  </div> </div>
<p><b>5 今までに大きな病気をしたり、入院や手術を受けたことはありますか？</b> <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある</p> <p>①時期 ( 年 月 日) 病名・手術内容 ( )</p> <p>②時期 ( 年 月 日) 病名・手術内容 ( )</p>	
<p><b>6 現在、下記の病気で治療を受けていますか？</b></p> <p><input type="checkbox"/>糖尿病 <input type="checkbox"/>高血圧 <input type="checkbox"/>高脂血症 <input type="checkbox"/>肝炎 <input type="checkbox"/>胃潰瘍 <input type="checkbox"/>緑内障 <input type="checkbox"/>リウマチ <input type="checkbox"/>歯科治療  <input type="checkbox"/>その他 ( )</p>	
<p><b>7 現在、常備している薬やサプリメントはありますか？</b></p> <p><input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある ※お薬手帳をお持ちでしたら受付にご提示下さい。</p>	
<p><b>8 お薬や注射・食物で異変が起こったことはありますか？</b> <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある</p> <p>①薬・注射・食物名 ( )</p> <p>②どんな症状？ ( )</p>	
<p><b>9 現在、妊娠している可能性はありますか？</b> <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある</p>	
<p><b>10 現在、授乳中ですか？</b> <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p>	
<p><b>11 介護保険はお持ちですか？</b> <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある</p> <p>要支援( 1・2 ) 要介護( 1・2・3・4・5 )</p>	<p><b>12 他院でリハビリを行っていますか？</b></p> <p><input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある</p>
<p><b>13 当院をお知りになった、きっかけは何ですか？</b></p> <p><input type="checkbox"/>当院のホームページ <input type="checkbox"/>セミナー <input type="checkbox"/>建物看板 <input type="checkbox"/>道路看板 <input type="checkbox"/>駅看板  <input type="checkbox"/>チラシ <input type="checkbox"/>TVCM <input type="checkbox"/>地方自治体の広報誌 <input type="checkbox"/>家族・友人・知人の紹介 <input type="checkbox"/>SNS  <input type="checkbox"/>医療機関のご紹介 (医療機関名: ) <input type="checkbox"/>その他 ( )</p>	