

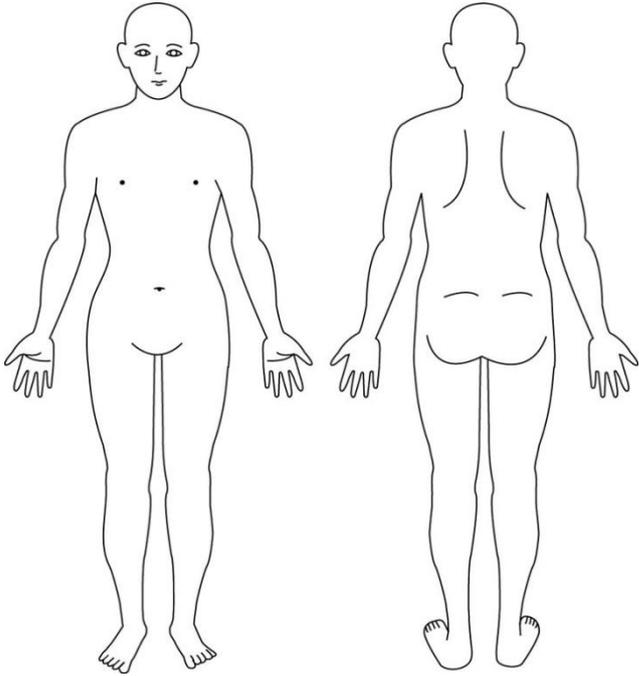
# 問診票

カルテ NO. \_\_\_\_\_

日付 年 月 日

ふりがな		男・女	生年月日
お名前		歳	大・昭和・平・令 年 月 日
ご住所	〒		自宅電話
			携帯電話

紹介状	有 ・ 無	画像データ	有 ・ 無	お薬手帳	有 ・ 無
職業	学生( 年生)		スポーツ	なし ・ あり ( )	
	仕事 : デスクワーク ・ 立ち仕事 ・ 軽作業 ・ 重労働 ・ 主婦 ・ 無職 ・ その他( )				
お薬	内服中の薬はありますか いいえ・はい (お薬の名前 )				

今日はどうされましたか？	症状のある場所に印をつけてください。																
痛み 腫れ きず しびれ 動きが悪い その他( )	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <span>Ⓡ</span> <span>左</span> <span>左</span> <span>Ⓡ</span> </div> 																
思い当たる原因・きっかけ																	
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>転倒</td> <td>ひねった</td> <td>ぶつけた</td> <td>特になし</td> </tr> <tr> <td colspan="2">年齢とともに徐々に</td> <td colspan="2">他の人にされた</td> </tr> <tr> <td>スポーツ</td> <td>工作中</td> <td>通勤中</td> <td>交通事故</td> </tr> <tr> <td colspan="4">その他( )</td> </tr> </table>		転倒	ひねった	ぶつけた	特になし	年齢とともに徐々に		他の人にされた		スポーツ	工作中	通勤中	交通事故	その他( )			
転倒		ひねった	ぶつけた	特になし													
年齢とともに徐々に		他の人にされた															
スポーツ		工作中	通勤中	交通事故													
その他( )																	
症状はいつからですか？																	
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>今日</td> <td>昨日</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>( )週間前</td> <td>( )カ月前</td> <td>( )年前</td> </tr> </table>	今日	昨日	年 月 日	( )週間前	( )カ月前	( )年前											
今日	昨日	年 月 日															
( )週間前	( )カ月前	( )年前															
受けたい検査・治療はありますか？ <small>(ご希望に添えない場合もありますのでご了承ください。)</small> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>レントゲン</td> <td>骨粗鬆症の検査</td> <td>血液検査</td> </tr> <tr> <td>リハビリ</td> <td>電気・牽引</td> <td>薬・シップ</td> </tr> <tr> <td>関節注射</td> <td>ブロック注射</td> <td>紹介状</td> </tr> <tr> <td>診断書など</td> <td>装具 ・ サポーター</td> <td>その他( )</td> </tr> </table>	レントゲン	骨粗鬆症の検査	血液検査	リハビリ	電気・牽引	薬・シップ	関節注射	ブロック注射	紹介状	診断書など	装具 ・ サポーター	その他( )					
レントゲン	骨粗鬆症の検査	血液検査															
リハビリ	電気・牽引	薬・シップ															
関節注射	ブロック注射	紹介状															
診断書など	装具 ・ サポーター	その他( )															

自費治療	プラセンタ ・ 白玉注射 ・ 針灸 ・ AGA にんにく注射 ・ ハイドロリリース ・ 医療ダイエット	美容自費	ヒアルロン酸 ・ ボトックス IPL光治療 ・ 肌育注射					
既往歴	高血圧	糖尿病	痛風	ぜんそく	胃かいよう	腎臓の病気	肝臓病	B・C型肝炎
なし・あり	心臓病( )		脳の病気( )		その他( )			
体の中に金属類が入っていますか？ いいえ ・ はい【ペースメーカー・ステント・クリップ・その他( )】								
手術歴	なし・あり( )			薬・食べ物アレルギー	なし・あり( )			
妊娠中	はい・いいえ	授乳中	はい・いいえ	身長	cm	体重	kg	