

問 診 票

ID _____

フリガナ		性 別	男・女	生年月日	明・大・昭・平	
氏 名					年	月
住 所	〒 -			電 話 番 号	() -	
ご職業		身長	cm		体重	kg

あてはまる方は○をつけて下さい。

交通事故 工作中的のけが 通勤中のけが

学校・こども園でのけが (授業中・放課中)

部活中・クラブチームでのけが (部活名: _____)

1. いつからですか?

(_____)

2. どのような症状ですか?

(_____)

3. 思い当たる要因はありますか?

(_____)

4. 入院・手術をしたことがありますか? 病名または部位を記入して下さい。

なし・ある (入院: _____) (手術: _____)

5. 現在、治療中の病気はありますか?

なし・ある 高血圧・糖尿病・心筋梗塞・狭心症・不整脈・結核・高脂血症

脳出血・脳梗塞・肝炎(_____ 型)・胆石・悪性腫瘍

その他〔感染症〕(_____)

その他(_____)

6. 通院中の医療機関はありますか? なし・ある (医療機関名: _____)

7. 現在、服用しているお薬はありますか? なし・ある (薬の名前: _____)

8. 食物、お薬などでアレルギーはありますか?

なし・ある 食物(_____)

お薬(_____)

9. ペースメーカーは入っていますか? なし・ある

10. インプラントは入っていますか? なし・ある

11. 心臓にステントは入っていますか? なし・ある (あると答えた人いつですか? _____)

12. 体内に金属 (ボルト・止め金・クリップ・プレートなど) は入っていますか?
なし・ある (あると答えた人どこに何が? _____)

13. 湿布でかぶれた事はありますか? なし・ある (薬の名前: _____)

* 女性の方のみ *

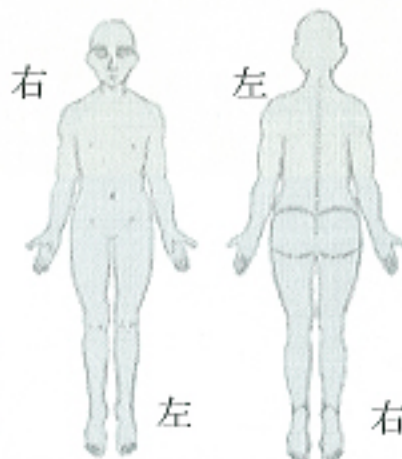
現在、授乳中または妊娠、妊娠している可能性はありますか? いいえ・はい

授乳中・妊娠中 (出産予定日: _____ 月 _____ 日) ・妊娠の可能性あり

* 40 歳以上の方のみ *

介護認定または介護支援を受けていますか? いいえ・はい

はい (要介護 _____) (要支援 _____)



症状のある部位に○をつけて下さい。

問 診 票	問 診	合 計