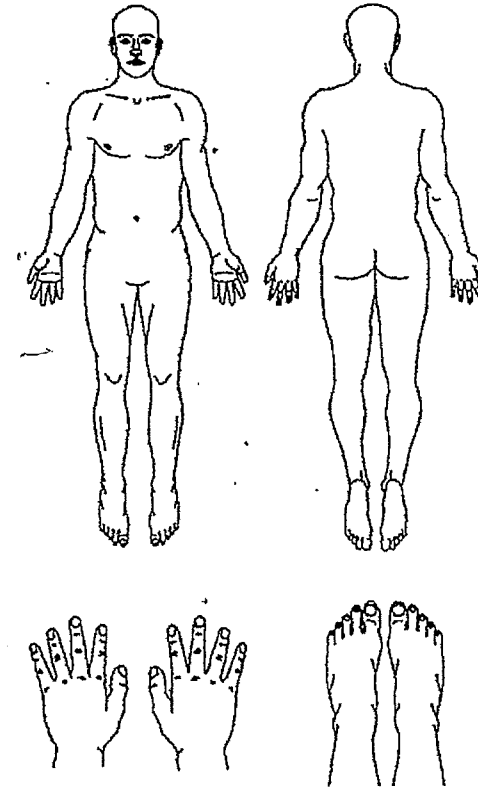


問診表

年 月 日

ID	氏名
----	----

①、本日の診察について

部位	どこを診察されますか？→() 希望されるところを○で囲んで下さい。	症状 どのような症状がありますか？ →()
		受傷・発症日 いつ頃からお困りですか？ →(年 月 日)
		原因 → ・はい ・不明 原因はおわかりですか？できるだけ詳しく記入ください。 → ()
		受診歴 この病気、けがで他の病院を受診されましたか？ → ・いいえ ・はい →() 病院・医院

②、今までにかかった病気・けがについて

現在の治療状況	現在、他の病気やけがで治療されてますか？ ・いいえ ・はい →どここの病院ですか？() 病院 →病名は何ですか？ 高血圧・糖尿病・肝臓病・心臓病・脳神経・喘息 その他() →内服や注射を受けていますか？ ・いいえ ・はい →内容がおわかりならご記入ください。()
アレルギー	アレルギーはありますか？ ・いいえ ・はい →何ですか？()
副作用	薬や注射等で副作用がでたことはありますか？ ・いいえ ・はい →何のお薬・注射ですか？()
手術歴	今までに手術を受けたことがありますか？ ・いいえ ・はい →何のですか？() →いつ頃ですか？()
職業	職業は何ですか？→具体的に() もしくは→ 無職・学生・主婦
女性の方へ	現在、妊娠中またはその可能性がありますか？→ ・はい ・いいえ 本日、レントゲン撮影を行ってもよろしいですか？→ ・はい ・いいえ