

問診票

氏名

<p>・ どちらの膝を診察されますか？ <input type="checkbox"/>右膝 <input type="checkbox"/>左膝 <input type="checkbox"/>両膝 (R L)</p> <p>・ どのような症状がありますか？ <input type="checkbox"/>歩くときの痛み <input type="checkbox"/>曲げ伸ばし <input type="checkbox"/>階段昇降 <input type="checkbox"/>腫れ <input type="checkbox"/>安静時痛 <input type="checkbox"/>違和感 <input type="checkbox"/>夜間痛 <u>膝で</u>上記以外の症状は？ ()</p> <p>・ 受傷・発症日 (年 月 日)</p> <p>・ 症状が出現した原因について。 <input type="checkbox"/>不明 <input type="checkbox"/>原因あり(内容を記入して下さい)</p> <p>・ この病気で他の病院を受診されましたか？ 病院名 ()</p> <p>・ 整骨院か鍼灸院での治療があれば印をつけてください。 <input type="checkbox"/>整骨院 <input type="checkbox"/>鍼灸院</p> <p>・ 今まで手術を受けたことがありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>いいえ 何の手術ですか？</p>	<p>・ 他の病気で治療されていますか？ <input type="checkbox"/>高血圧 <input type="checkbox"/>糖尿病 <input type="checkbox"/>肝臓病 <input type="checkbox"/>心臓病 <input type="checkbox"/>脳神経 <input type="checkbox"/>喘息</p> <p>・ その他に何か病気はありますか？</p> <p>・ その病気で薬や注射の治療を受けられていますか？ <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>・ お薬や注射で副作用がでたことはありますか？ <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>・ アレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>・ 職業 ()</p> <p>・ 喫煙 <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>・ 女性の方へ 現在妊娠またはその可能性はありますか？ <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>身長 () cm 体重 () kg</p>
---	---

※ ご注意：保険会社の診断書などは、ご記入いただいた内容を基に作成します。
分かる範囲で、正確かつ詳細にご記入をお願いします。
不正防止のため、後になってからの内容変更は、一切お受けできません。