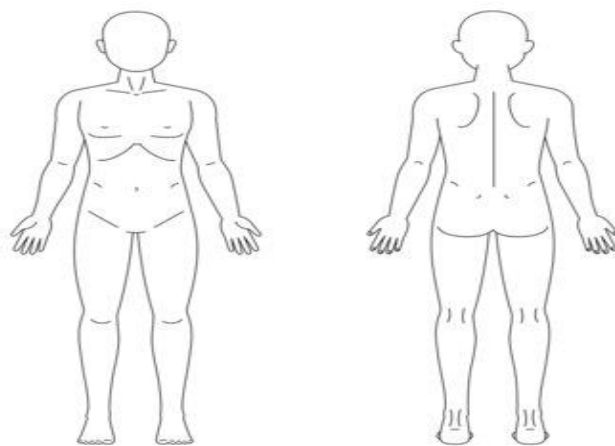


問 診 票

		ID	
ご記入日	年 月 日	スキャン	済 ・ 未
ふりがな お名前			性別 男性 ・ 女性
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年 月 日	(歳)
ご住所	〒 市 区 (棟・マンション名)		
お電話番号	携帯電話	—	—
	ご自宅	—	—

今日はどうされましたか？			
風邪症状	<input type="checkbox"/> 熱がある <input type="checkbox"/> 咳が出る <input type="checkbox"/> 鼻水が出る <input type="checkbox"/> 痰が出る <input type="checkbox"/> 喉が痛い <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 寒気		
腹部症状	<input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 胃の調子が悪い <input type="checkbox"/> 食欲がない		
胸部症状	<input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 胸が苦しい <input type="checkbox"/> 圧迫感 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 息苦しい		
その他症状	<input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> だるい		
肛門の違和感	<input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 痛みがある <input type="checkbox"/> 腫れぼったさ <input type="checkbox"/> 膿が出る		
怪我をした	<input type="checkbox"/> 部位()	部位を○で囲んでください	
骨・関節痛 の症状	<input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 動かない		
	<input type="checkbox"/> 変形 <input type="checkbox"/> しこり <input type="checkbox"/> 感覚が鈍い		
	<input type="checkbox"/> 違和感がある <input type="checkbox"/> 歩行困難		
	<input type="checkbox"/> 骨粗しょう症が気になる		
	<input type="checkbox"/> その他()		
皮膚症状	<input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み		
健診結果で 相談	<input type="checkbox"/> 胸部レントゲン <input type="checkbox"/> 胃バリウム検査 <input type="checkbox"/> ピロリ菌 <input type="checkbox"/> 便潜血(回 陽性)		
	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高コレステロール <input type="checkbox"/> 肝機能異常 <input type="checkbox"/> その他()		



※上記の症状に当てはまらない場合等は、こちらへご記入ください。

症状はいつからですか？		
<input type="checkbox"/> 今日から初めて <input type="checkbox"/> () 日前から <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 現在痛みはない		
現在治療中の病気、または過去に治療を受けた病気はありますか？		
<input type="checkbox"/> ない	※「ある」とお答えの方	
<input type="checkbox"/> ある	高血圧(歳) 糖尿病(歳) 高脂血症(歳) 痛風(歳) 心臓病(歳) 喘息(歳) 腎臓病(歳) 肝臓病(歳) 脳卒中(歳) 甲状腺(歳) 緑内障(歳) その他(歳)	
今まで手術や入院をされたことがありますか？		
<input type="checkbox"/> ない	※「ある」とお答えの方	
<input type="checkbox"/> ある	・いつ頃() 手術、入院内容() ・いつ頃() 手術、入院内容()	
ご家族で大きな病気にかかった方はいますか？		
<input type="checkbox"/> ない	※「ある」とお答えの方	
<input type="checkbox"/> ある	・誰()が病気() ・誰()が病気()	
飲んでいるお薬はありますか？		ジェネリック(後発薬品)を希望されますか？
<input type="checkbox"/> ない	※「ある」とお答えの方	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> ある	・薬品名()	<input type="checkbox"/> 試してみたい
お薬や食品でアレルギーが出たことはありますか？		
<input type="checkbox"/> ない	※「ある」とお答えの方	
<input type="checkbox"/> ある	・薬品名() ・食品名()	
嗜好品について		
タバコ	<input type="checkbox"/> 吸っている <input type="checkbox"/> 以前は吸っていたがやめた(喫煙年数: 年間) <input type="checkbox"/> 吸わない	
お酒	<input type="checkbox"/> 週に3日以上飲む(量:) <input type="checkbox"/> 機会がある時だけ飲む <input type="checkbox"/> 飲まない	
食事はされて来ましたか？		
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
女性の方へ		
<input type="checkbox"/> 妊娠中()カ月 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 授乳中		

ご紹介の方がいらっしゃいましたら、差し支えなければご記入ください。

_____様

ご協力、誠にありがとうございました。 院長 上野正勝

