

問 診 票

年 月 日

フリガナ		男・女	歳	職業	
氏名		電話番号			
住所					
※診察を希望する部位 <input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 顔 <input type="checkbox"/> 首 <input type="checkbox"/> 腕 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> 背中 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 腰 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> ひざ <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> その他 ()					
※いつからですか					
※どんな症状ですか					
※現在他の病院にかかっていますか 病名 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> アスピリン喘息 <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> その他 () 病院名 () 内服薬 () ※現在、他の病院に入院中ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
※今までに薬や注射で気分が悪くなったり発疹ができた事がありますか？ <input type="checkbox"/> ある () <input type="checkbox"/> ない					
※40歳以上の方 <input type="checkbox"/> 気になる → 検査を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 気にならない					
※女性の方 妊娠の可能性がありますか？ <input type="checkbox"/> ある (週目) <input type="checkbox"/> ない					
※けがの場合 <input type="checkbox"/> 工作中的のけが <input type="checkbox"/> 通勤途中のけが <input type="checkbox"/> 学校でのけが <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> その他 ()					