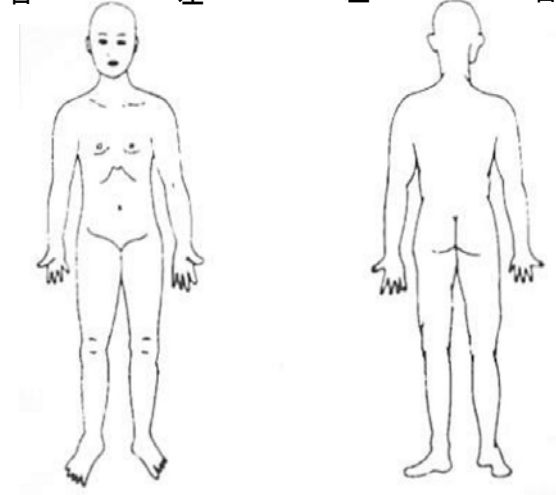


問診表

氏名	才	男 ・ 女	【喫煙】 (有 ・ 無)	【利き手】 (右 ・ 左)
ご職業 () ※下記にあてはまるものがあれば、○もしくは記入してください デスクワーク ・ 営業 ・ 立ち仕事 ・ 重労働 ・ 主婦 ・ 無職 ・ 学生 ()年生				
1. 現在の症状についてお聞かせください ①症状のある部位を右図に示してください ②どんな症状ですか？ [痛み ・ しびれ ・ 腫れ ・ 変形 ・ 動きが悪い その他()]			※診察を希望される部位に印をつけて下さい 右 左 左 右 	
③今回の症状が出始めたのはいつ頃からですか？ ()年 ()月 ()日				
④思い当たる原因はありますか？ [<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 工作中 <input type="checkbox"/> スポーツ <input type="checkbox"/> ケガ <input type="checkbox"/> 特に誘因なし <input type="checkbox"/> その他()]				
⑤今回の症状で他の病院を受診したことはありますか？⇒ <input type="checkbox"/> なし 病院名 () 受診した日 () <input type="checkbox"/> 注射【最終注射した日： 】 <input type="checkbox"/> リハビリ その他 ()				
⑥スポーツをしている方へ 種目 () 所属先 () 試合予定 ()				
⑦薬によるアレルギー <input type="checkbox"/> あり (薬剤名：) 症状 () <input type="checkbox"/> なし				
2. 整形外科での手術歴があれば記入してください ⇒ <input type="checkbox"/> なし []				
3.現在治療中の病気はありますか？ ⇒ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 前回記入時と変更なし [<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脳梗塞・脳出血 <input type="checkbox"/> 腎臓病・透析中 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 心臓病 (不整脈・狭心症・心筋梗塞) <input type="checkbox"/> <u>ぜんそく</u> (最終発作：) <input type="checkbox"/> その他 ()]				
4. 該当するものがあれば、記入してください ⇒ <input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 前回記入時と変更なし [<input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 脳外科クリップ <input type="checkbox"/> ステンツ <input type="checkbox"/> 体内金属 <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 歯科治療金属 (インプラント ()本 ・ ブリッジ ・ 矯正) <input type="checkbox"/> コンタクトレンズ <input type="checkbox"/> 刺青 (部位：) <input type="checkbox"/> その他 ()]				
5.女性の方へ 現在妊娠中、又は妊娠の可能性はありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (出産予定日：) 授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				