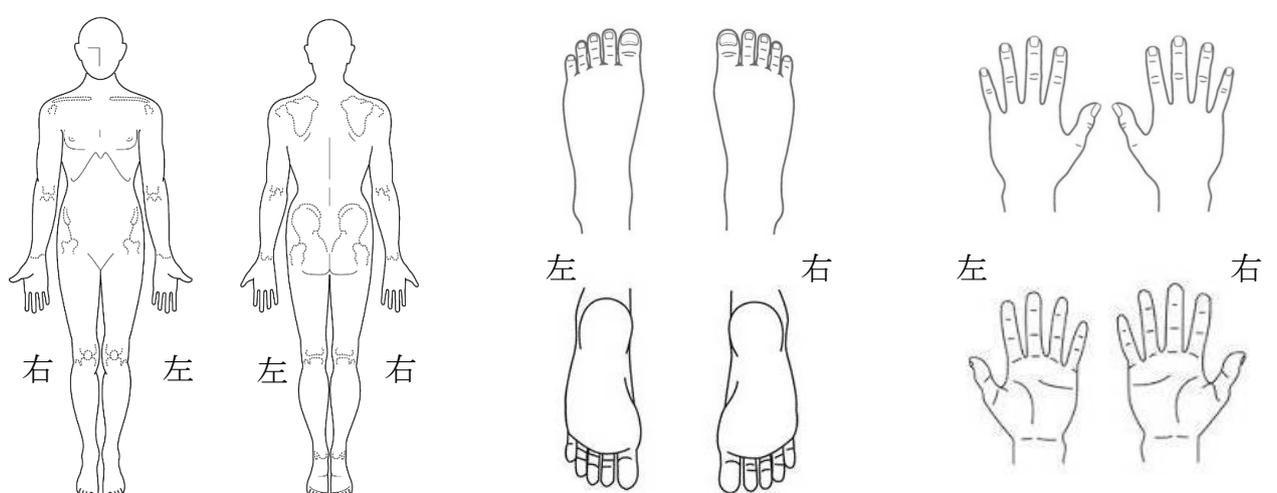


問診票

年 月 日

お名前	年齢	身長	cm	体重	kg
	オ	職業			

◎40歳以上の方へ 介護認定を受けていますか？	いいえ ・ はい(要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)									
1. 本日は紹介状や画像をお持ちですか？	いいえ ・ はい (<input type="checkbox"/> 紹介状 ・ <input type="checkbox"/> 画像(レントゲン等))									
2. 何科をご希望ですか？ 受診を希望される科に○を付けてください。	<table border="0"> <tr> <td>整形外科</td> <td>一般内科</td> <td>循環器内科</td> </tr> <tr> <td>脳神経内科</td> <td>形成外科</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">その他 ()</td> </tr> </table>	整形外科	一般内科	循環器内科	脳神経内科	形成外科		その他 ()		
整形外科	一般内科	循環器内科								
脳神経内科	形成外科									
その他 ()										
3. どのような症状ですか？	<p>痛み しびれ 腫れ ケガ 出血 発熱</p> <p>その他 ()</p>									
4. 調子の悪いところはどこですか 図の中に○をつけてください	 <p>右 左 左 右 左 右 左 右</p>									
5. いつ頃からですか？	() から									
6. 思い当たる原因がありますか？	いいえ ・ はい ()									
7. 今日までに治療を要した	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特になし ・ 喘息 ・ 心臓病 ・ 肝臓病 ・ 糖尿病 ・ 腎臓病 ・ その他 () 									
8. 現在飲んでるお薬はありますか？	いいえ ・ はい (薬剤名 ・ 薬手帳に記載 ・ アプリで管理)									
9. お薬手帳はお持ちですか？	いいえ ・ はい ・ 家にある ・ 薬手帳のアプリ ☆本日お持ちでしたら受付にお出してください。									
10. 薬等のアレルギーはありますか？	いいえ ・ はい ()									
11. 女性の方に伺います。	現在妊娠中又は妊娠の可能性はありますか？									
	いいえ ・ はい 授乳中ですか？ いいえ ・ はい									