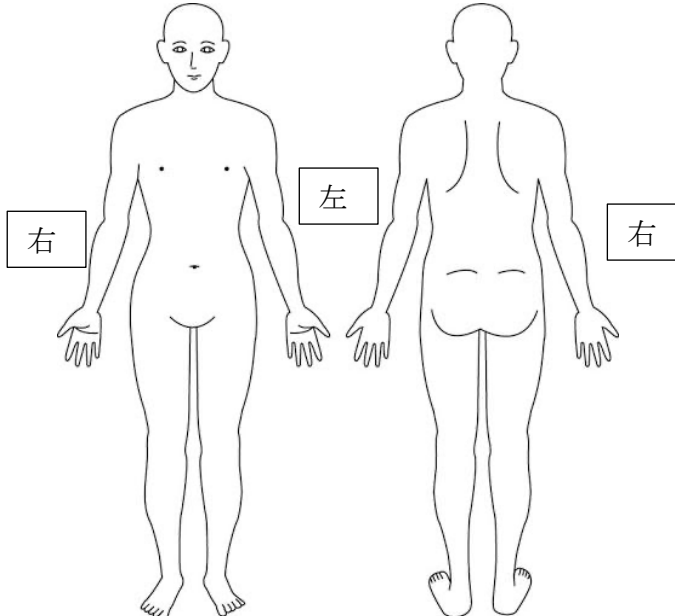


あまの整形外科クリニック問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日
氏名			大・昭・平・令 年 月 日
住所	〒 ー		
電話番号		介護保険 なし 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	

<p>どのような症状ですか？</p> <p><input type="checkbox"/>痛い <input type="checkbox"/>しびれる <input type="checkbox"/>動きにくい <input type="checkbox"/>腫れている <input type="checkbox"/>何かできている <input type="checkbox"/>つっぱる <input type="checkbox"/>傷がある <input type="checkbox"/>捻挫 <input type="checkbox"/>やけど <input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p>その症状はいつ頃からありますか？</p> <p>約 () 日・週間・ヶ月・年 前頃から</p> <p>症状が出たきっかけは何ですか？</p> <p><input type="checkbox"/>転んだ <input type="checkbox"/>ぶつけた <input type="checkbox"/>ひねった <input type="checkbox"/>落ちた <input type="checkbox"/>切った <input type="checkbox"/>運動中 <input type="checkbox"/>交通事故 <input type="checkbox"/>工作中(通勤中) <input type="checkbox"/>原因不明 <input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p>今回の症状で他の病院を受診されましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい () 病院</p>	<p>症状のある部位に○をつけて下さい。</p> 
<p>症状は変化していますか？</p> <p><input type="checkbox"/>だんだん良くなっている <input type="checkbox"/>よくなったりわるくなったり <input type="checkbox"/>かわらない <input type="checkbox"/>だんだん悪くなっている</p>	
<p>過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり (病名: 部位:)</p>	
<p>現在、治療中の病気はありますか？ <input type="checkbox"/>糖尿病 <input type="checkbox"/>高血圧 <input type="checkbox"/>心臓病 <input type="checkbox"/>喘息 <input type="checkbox"/>腎臓病 <input type="checkbox"/>脳卒中 <input type="checkbox"/>なし (その他:)</p>	
<p>現在、飲んでいるお薬はありますか？ <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり お薬手帳 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ()</p>	
<p>体の中に金属類 (ペースメーカー、人工関節、ボルトなど) は入っていますか？ <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p>	
<p>お薬・食べ物のアレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ()</p>	
<p>※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい (<input type="checkbox"/>妊娠中 <input type="checkbox"/>妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/>授乳中)</p>	

※ご協力ありがとうございました。

2024.08.12