

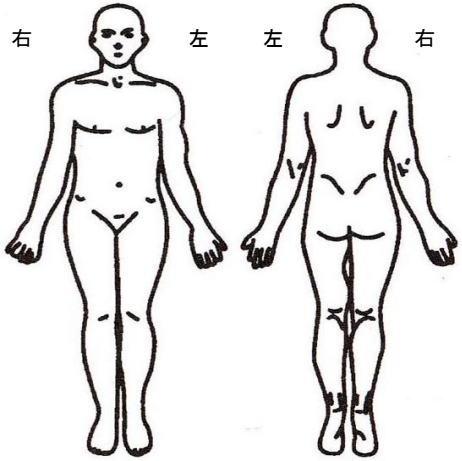
問診表

カルテ No.

記入年月日 平成 年 月 日

フリガナ					
氏名	様				男・女
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生	才
住所	〒 -				
電話	自宅 () -	携帯	- -		

★ 診療上大切なことです。わかる範囲で記入してください。

<p>1) 今日どのような症状で受診されましたか？</p> <p>2) その症状はいつ頃から始まりましたか？</p> <p>3) そうなった原因はありますか？</p> <p>【お怪我の方】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・お工作中的の怪我ですか。 (はい・いいえ) ・交通事故での怪我ですか。 (はい・いいえ) <p>(いつ 年 月 日)</p>	 <p>症状のある部位に○印をつけてください</p>
<p>4) 今までにかかった病気、または現在治療中の病気がありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある → <input type="checkbox"/>高血圧 <input type="checkbox"/>心臓病 <input type="checkbox"/>ぜんそく <input type="checkbox"/>肝臓病 <input type="checkbox"/>腎臓病 <input type="checkbox"/>糖尿病</p> <p><input type="checkbox"/>脳梗塞 <input type="checkbox"/>その他 ()</p>	
<p>5) ご家族で大きな病気にかかったり、手術を受けられたことがありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある → どのような病気ですか… ()</p>	
<p>6) 現在服用している薬はありますか？ *お薬手帳をお持ちの方は受付へお出しください</p> <p><input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある → どのような薬ですか… ()</p>	
<p>7) 薬や食べ物などでアレルギー症状を起こした事はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある → <input type="checkbox"/>ピリン <input type="checkbox"/>局所麻酔 <input type="checkbox"/>抗生物質 <input type="checkbox"/>その他 ()</p>	
<p>8) 注射や飲み薬で気分が悪くなったり、発疹がでたことがありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある → どのような薬ですか… ()</p>	
<p>9) ケガなどをして血液が止まりにくい体質ですか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p>	
<p>10) タバコは吸いますか？</p> <p><input type="checkbox"/>吸わない <input type="checkbox"/>吸う (1日 本位を 年間) <input type="checkbox"/>やめた (年前まで1日 本位を 年間)</p>	
<p>11) 女性の方にお聞きいたします。現在妊娠していますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>妊娠中 (ケ月) <input type="checkbox"/>妊娠の可能性はある <input type="checkbox"/>授乳中</p>	