

外 来 問 診

スキャン 要・不要

お手数ですが診察の参考にしますので、質問にお答え下さい

受診日 令和 年 月 日

住 所	〒 _____				
フリガナ	_____		男・女	電 話	自宅 _____
氏名	_____			携 帯	_____
生 年 月 日	T・S・H・R 年 月 日	年 齢	才	身 長	_____ cm
				体 重	_____ kg

<p>いつから症状がありますか？</p> <input type="checkbox"/> 今日 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> ()月()日 <input type="checkbox"/> ()日前 <input type="checkbox"/> ()週間前 <input type="checkbox"/> ()ヵ月前 <input type="checkbox"/> ()年前 <input type="checkbox"/> 不明	<p>症状のある場所に○で印をつけてください</p> <div style="text-align: center;"> </div>
<p>今日はどうされましたか？</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"/> 傷がある <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	
<p>思い当たる原因</p> <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 落ちた <input type="checkbox"/> ぶつけた <input type="checkbox"/> ひねった <input type="checkbox"/> 運動中 <input type="checkbox"/> 切った <input type="checkbox"/> はさんだ <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 工作中 <input type="checkbox"/> 原因不明 <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	

職業・職歴	スポーツ歴
-------	-------

今までにかかったことのある病気、または治療中の病気がある方は印をつけてください

 高血圧症 糖尿病 胃潰瘍 肝臓病 腎臓病 心筋梗塞 狭心症
 脳梗塞 脳出血 喘息 悪性腫瘍 眼科の病気 婦人科の病気
 その他 _____

※ペースメーカー装着 有 → 手帳をお持ちの方は受付へお出しください 無

現在、お薬を飲んでいますか？

 いいえ はい → お薬手帳又はお薬の内容が分かるものをお持ちの方は受付へお出しください
 病院名： _____ 病名： _____

今までに手術を受けた事がありますか？ある場合はいつ、どのような手術を受けられましたか？

 いいえ はい いつ頃： _____ 手術： _____

お薬・注射、食べ物のアレルギーはありますか？

 いいえ はい(薬剤・食物・体質) _____

たばことアルコールについて

 たばこ 吸う 吸わない アルコール ほぼ毎日 たまに 飲まない

介護保険の申請はしていますか？

 いいえ はい → 介護保険証をお持ちの方は受付へお出しください
 介護度は _____ 要支援 I・II 要介護 I・II・III・IV・V
 期限 月 日 _____ 事業所 _____ 担当者 _____
 ※デイケア・デイサービスの利用をされている方は記入をお願いします
 どこで？ _____ 利用頻度 _____ 週 _____ 回

障害者手帳を持っていますか？

 いいえ はい → 障害者手帳をお持ちの方は受付へお出しください 何級ですか？ _____ 級

現在、妊娠されていますか？(レントゲン検査等の為です)

いいえ はい