

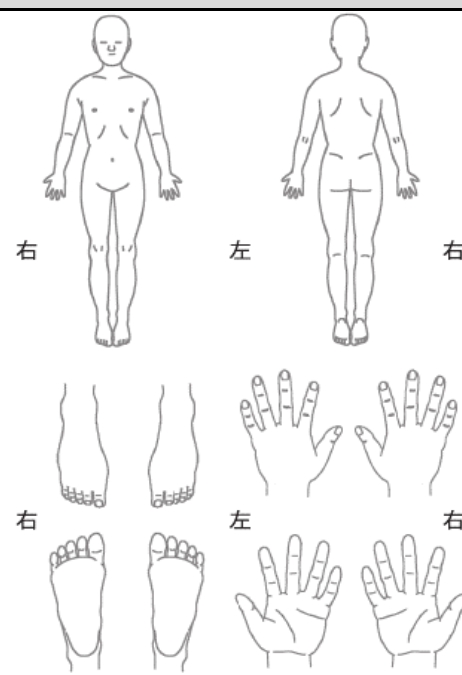
外 来 問 診

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

いつから症状がありますか？	症状のある場所に○で印をつけてください
<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	

今日はどうされましたか？	
<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: 30px; width: 90%; margin: 5px 0;"></div>	

思い当たる原因	
<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: 30px; width: 90%; margin: 5px 0;"></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

<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 胃潰瘍	<input type="checkbox"/> 肝臓病	<input type="checkbox"/> 腎臓病	<input type="checkbox"/> 心筋梗塞	<input type="checkbox"/> 狭心症
<input type="checkbox"/> 脳梗塞	<input type="checkbox"/> 脳出血	<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍	<input type="checkbox"/> 眼科の病気	<input type="checkbox"/> 婦人科の病気	
<input type="checkbox"/> 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？

<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい → <u>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</u>
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？

<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 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？

<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい(薬剤・食物・体質) _____
------------------------------	---

たばこ	<input type="checkbox"/> 吸う <input type="checkbox"/> 吸わない	アルコール	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> たまに <input type="checkbox"/> 飲まない
-----	---	-------	--

コロナ予防接種	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回目(月 日) <input type="checkbox"/> 2回目(月 日)
---------	--

インフルエンザ予防接種	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 接種日(月 日)
-------------	---

介護保険の申請はしていますか？

<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい → <u>介護保険証をお持ちの方は受付へお出しください</u>
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？

<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい → <u>障害者手帳をお持ちの方は受付へお出しください</u> 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)

<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
------------------------------	-----------------------------