

診療申込書

フリガナ		生年月日	年齢	性別
氏名		明・大・昭・平	歳	男・女
		年 月 日生		
現住所	〒 _____			
電話番号				
右記に該当する場合は○で囲んで下さい				
<input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 交通事故				

問診票

氏名		記入日	年	月	日
					身長 (cm)
					体重 (Kg)

1. 今までにかかった病気について

- ・気管支喘息 (無・有)有の方→ 才 病院 最終発作 才頃
- ・糖尿病 (無・有)有の方→ 才 病院
- 糖尿病手帳(無・有)→ 年 月 日 血糖値 mg/dl・(HbA1c) %
- ・胃潰瘍 (無・有)有の方→ 才 病院 手術(無・有) ・ピロリ菌(無・有)
- 有の方→除去(済・未)
- ・十二指腸潰瘍 (無・有)有の方→ 才 病院 手術(無・有)
- ・緑内障(左・右)(無・有)有の方→ 才 病院 →薬制限(無・有)

・手術 (無・有)

・その他の既往歴:

- 病名: 才 病院 手術(無・有)
- 病名: 才 病院 手術(無・有)
- 病名: 才 病院 手術(無・有)

2. 現在内服している薬(無・有)

3. アレルギー(無・有)有の方→(花粉症 ・鼻炎 ・アトピー ・その他) 湿布負け(無・有)
- 薬のアレルギー(無・有→) 食物アレルギー(無・有→)

4. 体内の金属(無・有→ スtent ・人工関節 ・ペースメーカー・その他

5. 今までの職歴:

- | | | |
|----|--------|---|
| 才～ | 才 (職種) | |
| 才～ | 才 (職種) | 主婦又は家事業を行うようになったのはいつからですか? 才 |
| 才～ | 才 (職種) | |

6. 今まで(学生時代も含めて)に何かスポーツされていますか?(

7. 家族構成 人暮らし (同居者

8. 【ご婦人の方へ】現在、妊娠の可能性はありますか?(無・有)

現病歴確認票

氏名 _____

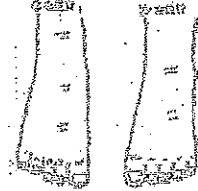
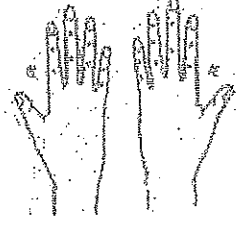
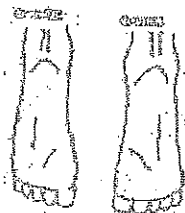
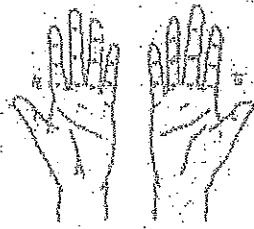
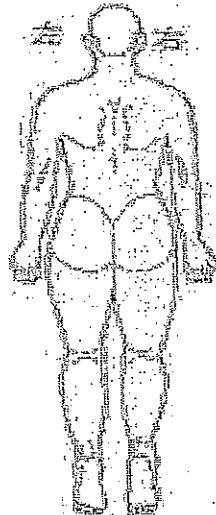
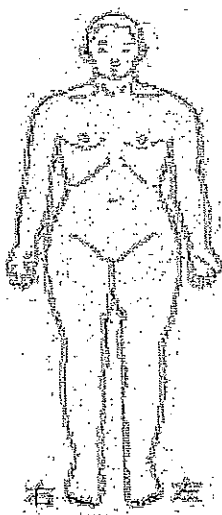
(No. _____ ; H / /)

☆現在の症状について教えてください。

いつから？どこが？どのようになっていますか？何か原因がありますか？

[例；特に原因はないが、1ヶ月前より右膝が痛い・今日の朝に重いものを持ってから腰が痛い・
○月△日の事故から首が痛い・今朝から突然、左母趾が痛くなった・昨日学校で部活中に右足関節を捻ってから痛い・・・等]

利き手に○をつけてください ; 右利き / 左利き



*下記はスタッフが記入しますので記入不要です。

(握力 右 _____ kg / 左 _____ kg)
 血圧 _____ / _____ mmHg, 脈拍 _____ bpm、 体温 _____ °C、
 呼吸時痛 有・無、 SpO2 _____ %)