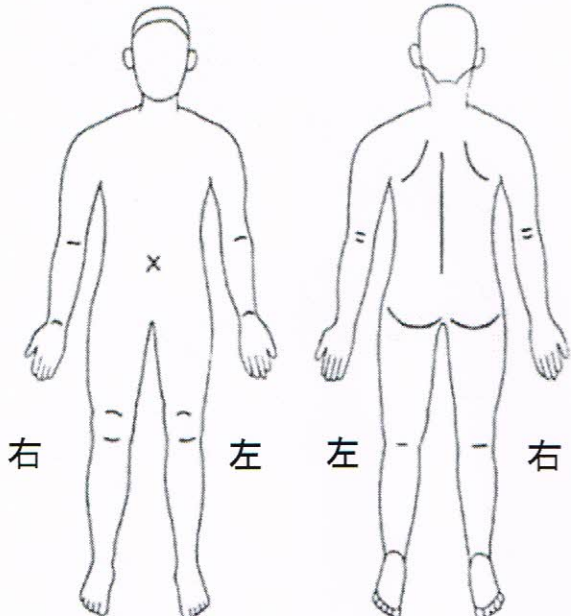


問 診 表

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
氏名	(男 ・ 女)	電話	自宅
住所	〒 ー	番号	携帯
本日はどのような症状で来院されましたか？		[]	
<p style="text-align: center;">診てもらいたいところに ○をつけてください</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">  <div style="padding-left: 20px;"> <p>症状が出た日・怪我をした日はいつですか？</p> <p>症状が出た・怪我をしたきっかけはなんですか？ (工作中・学校で・自宅で・交通事故)</p> <p>症状が出るのはどのような時ですか？</p> <p>今回の症状で、他の病院等は受診されましたか？</p> </div> </div>			
今までにかかった病気や現在治療中の病気はありますか？	はい [喘息・糖尿病・高血圧・ペースメーカー] いいえ [その他]		
現在飲んでいる薬はありますか？	はい [薬の名前:] いいえ []		
過去に手術をしたことはありますか？	はい [部位: 病院名:] いいえ []		
薬やその他でアレルギーがでたことはありますか？	はい [金属 ・ アルコール] いいえ [薬の名前:]		
(女性の方のみ)妊娠の可能性はありますか？	いいえ ・ はい [ヶ月] □ 授乳中		
(10歳以下の方のみ)体重は何kgですか？	[kg]		
介護保険認定は受けていますか？	はい ・ いいえ (該当者のみ)		