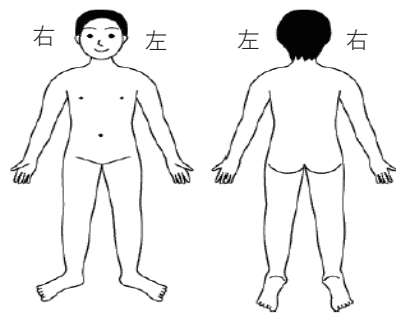


問診票

※太枠の中をご記入ください

<input type="checkbox"/>	ふりがな	年 月 日
<input type="checkbox"/>	氏名	(ID)
<input type="checkbox"/>	生年月日: 明・大・昭・平・令 年 月 日生	男・女
<input type="checkbox"/>	(〒 -)	
<input type="checkbox"/>	住所:	
連絡先電話番号: 自宅(- -)		
連絡先電話番号: 携帯(- -) 本人・その他()		
職業/学年	体重(小学生以下のみ) kg	
本日「マイナ保険証」を利用されますか? はい・いいえ		
上記で「はい」の場合、診療情報取得に同意しますか? はい・いいえ		
※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。		
どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> はれ <input type="checkbox"/> しこり <input type="checkbox"/> 動かない <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 感覚が鈍い <input type="checkbox"/> 紹介状 <input type="checkbox"/> 違和感がある <input type="checkbox"/> 歩行困難 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症が気になる <input type="checkbox"/> リハビリ希望 <input type="checkbox"/> その他 ()	 <p>右 左 左 右</p> <p>部位を○で囲んでください</p>
いつからですか	<input type="checkbox"/> 本日 <input type="checkbox"/> 年 月 日頃	
きっかけは何ですか	<input type="checkbox"/> 工作中・通勤中のけが (受傷日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 交通事故 (受傷日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 学校 / 幼稚園 / 保育園 / 通学 / 部活 のけが <input type="checkbox"/> スポーツ () <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> はっきりした原因不明	
本日の症状で他院を受診しましたか	<input type="checkbox"/> 受診していない <input type="checkbox"/> 以前受診した <input type="checkbox"/> 今も受診している 病院・医院名 ()	
手術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
身体の中にペースメーカー、金属、刺青は入っていますか	<input type="checkbox"/> はい (ペースメーカー・金属・刺青) <input type="checkbox"/> いいえ	
飲んでいるお薬はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※『はい』の方は問診票と一緒に薬手帳をご提出ください	
飲み薬のアレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
湿布を貼ってかぶれますか	<input type="checkbox"/> かぶれる <input type="checkbox"/> かぶれない <input type="checkbox"/> 貼ったことがない	
妊娠中または授乳中ですか(女性のみ)	<input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> 授乳中	
介護保険の認定は受けていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 介護保険でリハビリ中	
当院を受診したきっかけは何ですか	<input type="checkbox"/> 友人・家族のご紹介 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 検索サイト <input type="checkbox"/> 以前受診した <input type="checkbox"/> 当院の看板を見て <input type="checkbox"/> その他 ()	

※ご提供いただいた個人情報は、医療の目的以外には使用しません。ご記入ありがとうございました。

医療法人 川谷整形外科