

問診票

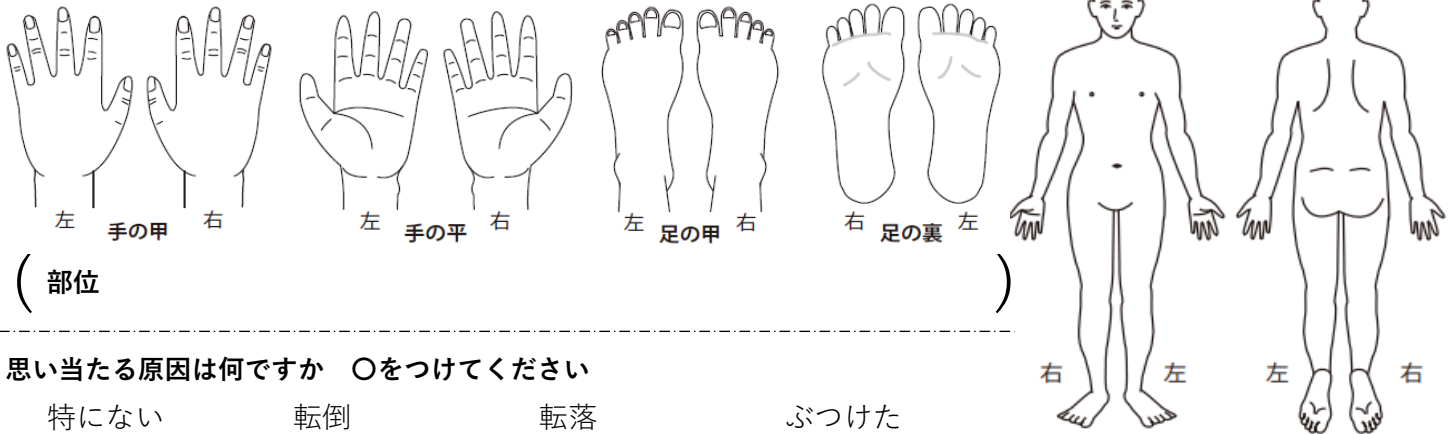
受付番号

交通事故・業務災害・通勤災害・スポーツ振興

受診日

フリガナ				男 女	生年月日	大正・昭和・平成・令和
名前						年 月 日 (歳)
住所	〒			携帯	(続柄)	
				電話		
身長・体重	cm	kg	利き手	右・左	スポーツ	現在やっているスポーツ名
職業	<input type="checkbox"/> 医療職 <input type="checkbox"/> 介護職 <input type="checkbox"/> 事務職 <input type="checkbox"/> 建築・土木 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他()			紹介状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 紹介状あり <input type="checkbox"/> 画像データ <input type="checkbox"/> 画像データあり	} 受付に提出 してください
	女性	妊娠	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> () 週 <input type="checkbox"/> 可能性あり		薬の副作用	
女性	授乳	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している				

1. 本日診察してほしいところはどこですか 図に○をつけて()に部位を記入してください



2. 思い当たる原因は何ですか ○をつけてください

特にない 転倒 転落 ぶつけた
 ひねった はさんだ 切った その他()
 交通事故(月 日)(事故の状況)

3. どのような症状でお困りですか ○をつけてください

痛い しびれる 重い 動きが悪い
 腫れている つっぱる 出血している その他 ()

4. いつ頃から症状が出ましたか 今日 月 日 日くらい前
 週間前 ケ月前 1年以上前

5. この症状で、他の医療機関を受診しましたか
 いいえ { 医療機関名 (病院)
 はい { 最終受診日 ()

6. 右の項目の中に、これまでかかった病気はありますか
 いいえ
 はい [B型肝炎・C型肝炎・心臓・腎臓・肝臓・糖尿病・喘息・脳疾患]

7. 右の項目の中に、これまでを受けた手術はありますか
 いいえ
 はい [人工関節・ペースメーカー植込・透析用シャント・乳房切除]

8. 他院から処方されているお薬はありますか いいえ はい [痛み止め・胃薬・湿布薬・その他]

9. 本日、お薬手帳はお持ちですか いいえ はい 診察室で看護師に渡してください