

問診票

令和 年 月 日

ふりがな		男	ご職業	
お名前		・	生年月日	西暦 年 月 日 (歳)
			電話番号	
住所	〒			身長: cm 体重: kg
				体温: °C

<p>マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>同意した <input type="checkbox"/>同意していない</p>
<p>治療・治療費の希望にそれぞれチェックをお願い致します。</p> <p><input type="checkbox"/>気になる症状すべてに対しての検査や治療を希望 <input type="checkbox"/>すべて保険で治してほしい</p> <p><input type="checkbox"/>今気になる症状に対してのみの検査や治療を希望 <input type="checkbox"/>必要に応じて保険外も検討</p>
<p>お悩みの症状は何ですか？ またその症状はいつからですか？</p> <p>()</p>
<p>現在治療中、または過去にかかった病気はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>高血圧 <input type="checkbox"/>糖尿病 <input type="checkbox"/>脂質代謝異常 <input type="checkbox"/>心疾患 <input type="checkbox"/>癌 <input type="checkbox"/>喘息 <input type="checkbox"/>脳出血/脳梗塞</p> <p><input type="checkbox"/>不整脈 <input type="checkbox"/>痛風 <input type="checkbox"/>アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/>その他 ()</p>
<p>ご家族の方で現在治療中、または過去にかかった病気はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>高血圧 <input type="checkbox"/>糖尿病 <input type="checkbox"/>脂質代謝異常 <input type="checkbox"/>心疾患 <input type="checkbox"/>癌 <input type="checkbox"/>喘息 <input type="checkbox"/>脳出血/脳梗塞</p> <p><input type="checkbox"/>不整脈 <input type="checkbox"/>痛風 <input type="checkbox"/>アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/>その他 ()</p>
<p>過去に手術を受けられたことはありますか？ ※ありの場合はどんな手術か記入して下さい。</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ()</p>
<p>現在服用中のお薬はありますか？ ※ありの場合は記入して下さい。</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ()</p>
<p>お薬や食べ物のアレルギーはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>日光 <input type="checkbox"/>アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/>アルコール <input type="checkbox"/>金属 <input type="checkbox"/>花粉</p> <p><input type="checkbox"/>薬・食べ物・その他 ()</p>
<p>該当するものにそれぞれチェックをお願い致します。</p> <p>●お酒はのみますか？</p> <p><input type="checkbox"/>飲まない <input type="checkbox"/>飲む → 週 () 日 1日の摂取量 ()</p> <p>●たばこは吸いますか？</p> <p><input type="checkbox"/>吸わない <input type="checkbox"/>吸う → 1日 () 本 <input type="checkbox"/>禁煙した(いつ頃:)</p> <p>●妊娠中・授乳中ですか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>わからない <input type="checkbox"/>はい () 週目 <input type="checkbox"/>授乳中</p>
<p>当クリニックをお知りになったきっかけは何ですか？</p> <p>・ホームページ ・Instagram ・キレイパス ・イーパーク ・ビル内の施設を利用中</p> <p>・メディカルドック(まとめサイト) ・知人の紹介(ご紹介者様名:)</p> <p>・その他 ()</p>

整形外科・麻酔科 問診票

令和 年 月 日

お名前：

<p>該当する症状にチェックをお願い致します。</p> <p><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"/>捻挫</p> <p><input type="checkbox"/>ぶつけた <input type="checkbox"/>違和感がある <input type="checkbox"/>感覚が鈍い <input type="checkbox"/>力が入らない <input type="checkbox"/>変形</p> <p><input type="checkbox"/>つっぱる <input type="checkbox"/>音がする <input type="checkbox"/>その他 ()</p>
<p>症状が出ている場所はどこですか？</p> <p>()</p>
<p>症状はいつからですか？</p> <p>()</p>
<p>該当する症状の頻度にチェックをお願い致します。</p> <p><input type="checkbox"/>常時何をしなくても <input type="checkbox"/>日常生活では症状はないが、運動すると症状が出る</p> <p><input type="checkbox"/>安静にしている時 <input type="checkbox"/>圧迫すると <input type="checkbox"/>体重をかけると <input type="checkbox"/>夜間</p> <p><input type="checkbox"/>その他 ()</p>
<p>症状が出たきっかけにチェックをお願い致します。</p> <p><input type="checkbox"/>転倒 <input type="checkbox"/>ぶつけた <input type="checkbox"/>ひねった <input type="checkbox"/>運動中 <input type="checkbox"/>工作中</p> <p><input type="checkbox"/>交通事故 <input type="checkbox"/>原因不明 <input type="checkbox"/>その他 ()</p>
<p>交通事故の方は事故発生日時を記入して下さい。</p> <p>令和 年 月 日 時 分頃</p>
<p>今回の症状で他の病院を受診されましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい → 紹介状 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p> <p>病院名 ()</p>
<p>麻酔で気分を悪くしたことがありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>麻酔の経験なし <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p>
<p>関節の痛みに治療効果が期待できる、再生医療にご興味はございますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p>