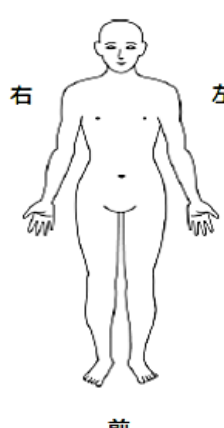
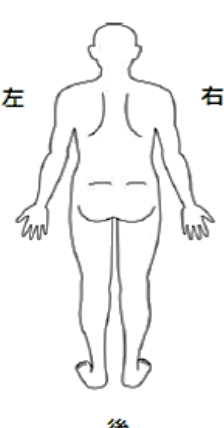


問 診 票

年 月 日

フリガナ	(男 ・ 女)	身長 c m	体重 k g
お名前	生年月日 (大・昭・平・令)	年 月 日 (歳)	
ご住所 〒 -			
電話番号		携帯電話	
井戸田整形外科にかかっていますか？ <input type="checkbox"/> はい (受診日) <input type="checkbox"/> いいえ		現在、介護保険をご利用ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
① いつからですか？ 年 月 日		② 症状はどこですか？ <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <p>右 左</p> <p>前</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>左 右</p> <p>後</p> </div> </div>	
③ 症状の原因・きっかけはありますか？ <input type="checkbox"/> スポーツ <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 原因不明			
<input type="checkbox"/> 交通事故 事故日： 年 月 日 相手のお名前 相手の連絡先			
<input type="checkbox"/> 労災 (<input type="checkbox"/> 工作中 ・ <input type="checkbox"/> 通勤中) 受傷日： 年 月 日 勤務先名 勤務先電話番号			
④ どのような症状ですか？ <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> その他			
症状：			
⑤ 現在、治療中の病気・けが・処方薬はありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 病傷名： 医療機関名： 処方薬：		⑥ 今までに手術を受けたことはありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 傷病名： 医療機関名： 手術日： 年 月 日	
⑦ 腎臓・肝臓の機能障害がありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない (腎臓 ・ 肝臓)		⑧ 嗜好品について たばこ <input type="checkbox"/> 吸う (1日/ 本) <input type="checkbox"/> 禁煙した <input type="checkbox"/> 吸わない アルコール <input type="checkbox"/> 飲む (量：) <input type="checkbox"/> 飲まない	
⑨ アレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 薬 (<input type="checkbox"/> 飲み薬 <input type="checkbox"/> 湿布 <input type="checkbox"/> 消毒薬 <input type="checkbox"/> 麻酔) : 薬品名 () <input type="checkbox"/> 食べ物：食品名 <input type="checkbox"/> その他：			
⑩ 女性のみお答えください <input type="checkbox"/> 妊娠中 (ヶ月) <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> 妊娠していない			
⑪ スポーツをされている方 スポーツ種目 /ポジション： 学校名・チーム名など： /紹介者：			