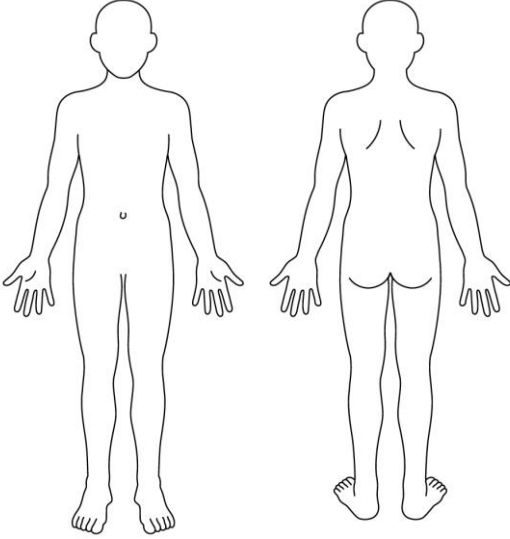


# あさり整形外科クリニック問診票

フリガナ		男・女	生年月日 大・昭・平・令 年 月 日
氏名			
住所	〒 -		
電話番号			

<p>どのような症状ですか？</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"/>何かできている <input type="checkbox"/>つっぱる <input type="checkbox"/>傷がある <input type="checkbox"/>捻挫  <input type="checkbox"/>ぶつけた <input type="checkbox"/>やけど <input type="checkbox"/>その他 ( )</p> <p>症状はいつ頃からありますか？ 約 ( ) 日・週間・ヶ月・年前から</p> <p>症状が出たきっかけは何ですか？</p> <p><input type="checkbox"/>落ちた <input type="checkbox"/>ぶつけた <input type="checkbox"/>ひねった <input type="checkbox"/>運動中 <input type="checkbox"/>切った  <input type="checkbox"/>はさんだ <input type="checkbox"/>交通事故 <input type="checkbox"/>仕事中 <input type="checkbox"/>原因不明  <input type="checkbox"/>その他 ( )</p> <p>今回の症状で他の病院を受診されましたか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい ( ) 医院</p>	<p style="text-align: center;">症状のある部位に○をつけて下さい。</p> <div style="text-align: center;">  </div>
<p>過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？ <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ( )</p>	
<p>現在、治療中の病気はありますか？ <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ( )</p>	
<p>現在、飲んでいるお薬はありますか？ <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ( )</p>	
<p>喫煙、飲酒について教えてください</p> <p>喫煙：<input type="checkbox"/>吸わない <input type="checkbox"/>吸う ( 本/日 × 年間)  <input type="checkbox"/>禁煙した ( 年前から。それまで喫煙 ( 本/日 × 年間) )</p> <p>飲酒：<input type="checkbox"/>飲まない <input type="checkbox"/>飲む (週 日) 種類・量 ( )</p>	
<p>お薬・食べ物のアレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ( )</p>	
<p>※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？  <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい ( <input type="checkbox"/>妊娠中 <input type="checkbox"/>妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/>授乳中)</p>	
<p>ペースメーカーは挿入されていますか？ <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p>	

※ご協力ありがとうございました。