

- スキャン X-P指示
 先発品 後発品 (ジェネリック)

問診票

月 日 ご来院分

受付番号：

フリガナ	生年月日	年齢	性別	身長	体重
氏名	大平 昭令 年 月 日	歳	男・女	cm	kg
住所	〒		自宅 ☎		
			携帯 ☎		
1	どのような 症状 で来院されましたか？ <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 痺れる <input type="checkbox"/> 腫れている <input type="checkbox"/> 動きが悪い <input type="checkbox"/> その他 () *具合の悪いところに ○をつけてください→				
2	その症状は いつ頃 からですか？ 年 月 日 頃 <input type="checkbox"/> 不明				
3	原因 と思われることは何ですか？ <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 仕事(労災予定) <input type="checkbox"/> 通勤中 <input type="checkbox"/> スポーツ (種目:) <input type="checkbox"/> その他 () 状況を出来るだけ、 <u>詳しく</u> ご記入下さい。				
4	今回の症状で 他の医療機関を受診 しましたか？ <input type="checkbox"/> はい 病院名: 病名: <input type="checkbox"/> いいえ				
5	現在 治療中 、または今までにかかったことのある 病気 にチェックしてください <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓疾患 <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> その他 () *体内に金属類は入っていますか？ある場合は以下にチェックをしてください <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()				
6	現在、 服薬中の薬 はありますか？ *お薬手帳をお持ちの方はご提示ください <input type="checkbox"/> はい 薬剤名: <input type="checkbox"/> いいえ				
7	薬のアレルギー はありますか？ <input type="checkbox"/> はい 薬剤名: <input type="checkbox"/> いいえ				
8	◆女性の方のみ ご記入ください 現在、妊娠もしくは授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 授乳中				
9	◆40歳以上の方 はご記入してください 介護保険の認定を受けていますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 受けている 要支援：1・2 要介護：1・2・3・4・5 ご利用している施設をご記入ください ()				
10	何か ご要望 や 気になる点 がありましたらご記入ください				

*初診の方や新たな症状でご来院の方は診察までに1～2時間程かかる場合がございます。

医療法人 柏愛会 林整形外科医院

- スキャン X-P指示
 先発品 後発品 (ジェリック)

問診票

月 日 ご来院分

受付番号：

フリガナ	生年月日	年齢	性別	身長	体重
氏名	大平 昭令 年 月 日	歳	男・女	cm	kg
住所	〒		自宅 ☎		
			携帯 ☎		
1	どのような 症状 で来院されましたか？ <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 痺れる <input type="checkbox"/> 腫れている <input type="checkbox"/> 動きが悪い <input type="checkbox"/> その他 () *具合の悪いところに ○をつけてください→				
2	その症状は いつ頃 からですか？ 年 月 日 頃 <input type="checkbox"/> 不明				
3	原因 と思われることは何ですか？ <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 工作中(労災予定) <input type="checkbox"/> 通勤中 <input type="checkbox"/> スポーツ (種目：) <input type="checkbox"/> その他 () 状況を出来るだけ、 <u>詳しく</u> ご記入下さい。				
4	今回の症状で 他の医療機関を受診 しましたか？ <input type="checkbox"/> はい 病院名： 病名： <input type="checkbox"/> いいえ				
5	現在 治療中 、または今までにかかったことのある 病気 にチェックしてください <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓疾患 <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> その他 () *体内に金属類は入っていますか？ある場合は以下にチェックをしてください <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()				
6	現在、 服薬中の薬 はありますか？ *お薬手帳をお持ちの方はご提示ください <input type="checkbox"/> はい 薬剤名： <input type="checkbox"/> いいえ				
7	薬のアレルギー はありますか？ <input type="checkbox"/> はい 薬剤名： <input type="checkbox"/> いいえ				
8	◆女性の方のみ ご記入ください 現在、妊娠もしくは授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 授乳中				
9	◆40歳以上の方 はご記入してください 介護保険の認定を受けていますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 受けている 要支援：1・2 要介護：1・2・3・4・5 ご利用している施設をご記入ください ()				
10	何か ご要望 や 気になる点 がありましたらご記入ください				

*初診の方や新たな症状でご来院の方は診察までに1～2時間程かかる場合がございます。

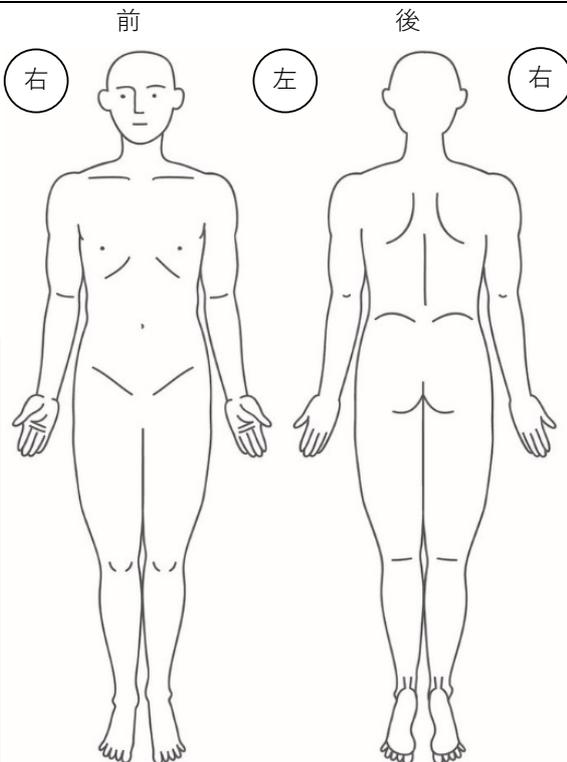
医療法人 柏愛会 林整形外科医院

スキャン X-P指示
 先発品 後発品 (ジェネック)

問診票(交通事故)

月 日 ご来院分

受付番号:

フリガナ	生年月日	年齢	性別	身長	体重
氏名	大平 年 月 日 昭 令	歳	男・女	cm	kg
住所	〒	連絡先			
		ご職業			
1	事故の内容 についてお尋ねします 事故の発生日時: 年 月 日 時 この事故で他の病院を受診: 有 ・ 無 有の方 → ①病院名: ②情報提供書の持参: 有 ・ 無 ③警察署用診断書: 未 ・ 済 どのような事故 でしたか? できるだけ <u>詳しく</u> 記入してください				
2	現在の 症状 を教えてください 痛み、しびれ、傷の部位など、図に書き込んでください 頭痛 有 ・ 無 めまい 有 ・ 無 吐き気 有 ・ 無 その他 () 				
3	今までにかかった 病気 または 手術 がありますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 病名: *はいの方 体内の中に金属類が入っていますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい:				
4	現在 治療中の病気 はありますか? 有 ・ 無 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> その他 ()				
5	現在、 服薬中の薬 はありますか? *お薬手帳をお持ちの方はご提示ください <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 薬剤名:				
6	薬のアレルギー はありますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 薬剤名:				
7	◆ 女性の方のみ ご記入ください 現在、妊娠もしくは授乳中ですか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 授乳中				
8	何か ご要望 や 気になる点 がありましたらご記入ください				

*初診の方や新たな症状でご来院の方は診察までに1~2時間程かかる場合がございます。

整骨院との併用診療は行っていません

医療法人 柏愛会 林整形外科医院