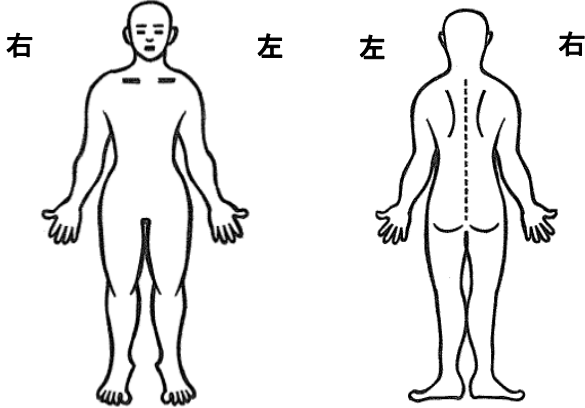


職員記入欄 カルテ番号: _____ 年 月 日

基礎問診票

フリガナ 氏名	男 ・ 女	年齢	身長 歳	体重 cm	職業 kg
------------	-------------	----	---------	----------	----------

どの部位の症状ですか？該当する部位に印をつけてください



- 頸 胸 背中 腰 肩 二の腕 肘 前腕
- 手首 手 指 股 お尻 太もも 膝
- ふくらはぎ 足首 かかと アキレス腱
- 足 足趾 その他 ()

利き腕はどちらですか？ 右利き 左利き 両利き

1 症状(受傷日)はいつからですか？

()

2 どのような症状ですか？

痛み しびれ しこり はれ 熱感 違和感 その他()

3 どのような時に強い症状がありますか？

- 起床時 朝 昼 夕方 晩 就寝中
- 突然 常に 徐々に 動き始め 歩行時 安静にしているとき 押したとき
- 決まっていない その他()

4 思い当たるきっかけや原因はありますか？

- 転倒 転落 ひねった ぶつけた はさんだ 使いすぎ 生まれつき 不明
- スポーツ(種目:) その他()
- 交通事故 労災(事故内容:)

5 今回の症状で、他の医療機関を受診しましたか？

いいえ はい 医療機関名() 医師名() 紹介状 あり なし

6 薬・注射・食物のアレルギーはありますか？

なし あり()

7 希望される医師はいますか？

いいえ はい(医師名)

※ 裏面もご記入ください

8 現在治療中の病気はありますか？

なし

糖尿病 高血圧 喘息(ぜんそく) 心臓病 腎臓病 肝臓病 甲状腺 胃かいよう

その他()

9 現在服薬中の薬はありますか？

なし あり()

10 今までにかかった病気はありますか？

なし

糖尿病 高血圧 喘息(ぜんそく) 心臓病 腎臓病 肝臓病 甲状腺 胃かいよう

がん 脳・神経系 呼吸器 血液の病気 その他()

11 手術を受けたことがありますか？

いいえ はい(手術名: 時期: 年 月 頃)

12 麻酔を受けたことがありますか？

いいえ はい(全身麻酔・局所麻酔)

13 麻酔を受けて問題がありましたか？

なし

吐き気 嘔吐 寒気 呼吸困難 高熱 麻酔からの覚めが悪かった その他()

14 ペースメーカーをしていますか？

なし あり

15 妊娠していますか、またその可能性はありますか？

いいえ はい

16 授乳中ですか？

いいえ はい

17 喫煙や飲酒の習慣はありますか？

喫煙習慣 なし あり(1日あたり____本) 飲酒習慣 なし あり(1日あたり_____本)

18 リハビリを希望しますか？

はい いいえ 医師の判断

備考欄