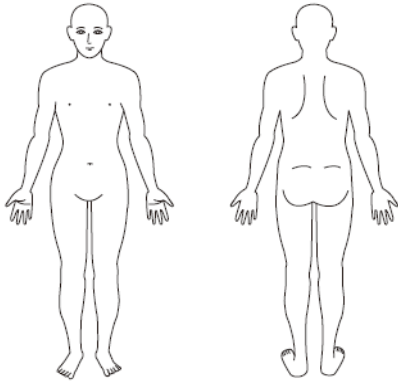


問 診 票

年 月 日

ふりがな		年齢	才	生年月日	T・S・H・R	年 月 日
お名前		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	電話	固定電話 携帯電話	
ご住所	〒 ー					
身体情報	体重	kg	体温	℃		

あてはまるものにチェックをしてください

1. どうしましたか？	 症状のある箇所に丸をして下さい
2. それはいつからですか？	
3. その症状は変化していますか？	
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 大きくなった <input type="checkbox"/> 増えた <input type="checkbox"/> 広がった <input type="checkbox"/> その他()	
4. 薬や食べ物でアレルギーが出ますか？	
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 薬 () <input type="checkbox"/> 食べ物 () <input type="checkbox"/> その他 ()	
5. 現在飲んでいる薬はありますか？	
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → ()	
6. 今までにかかった病気はありますか？	
<input type="checkbox"/> ケロイド <input type="checkbox"/> 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> 心臓の病気 <input type="checkbox"/> 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> ひきつけ・てんかん <input type="checkbox"/> 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> 前立腺の病気 <input type="checkbox"/> その他 ()	
7. 現在治療している病気はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
8. 手術を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
9. 麻酔をして何かトラブルがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
10. 女性の方へ 現在妊娠している可能性はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> わからない
11. 授乳中ですか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
12. 未成年の方へ 本日親御様と同伴ですか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい