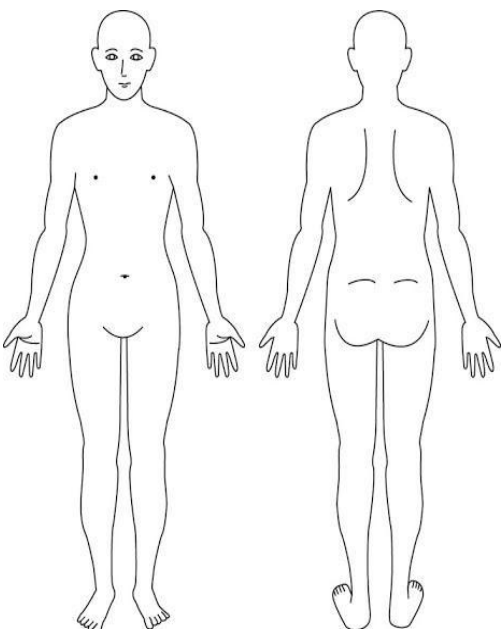


問診票(再診)

記入日: 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日	ID 番号()
氏名			大・昭・平・令	年 月 日

<p>本日はどうなさいましたか？</p> <p><input type="checkbox"/> 前回の続き</p> <p><input type="checkbox"/> 処方のみ希望</p> <p><input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> しびれる <input type="checkbox"/> 歩きにくい <input type="checkbox"/> 倒れた <input type="checkbox"/> 物忘れ</p> <p><input type="checkbox"/> 発熱(最高 °C) <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 鼻水</p> <p><input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 腹</p> <p><input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘</p> <p><input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 息苦しい</p> <p><input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> ふらつき <input type="checkbox"/> 身体がだるい</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p>	<p>症状のある部位に○をつけて下さい。</p> 
<p>症状はいつ頃からありますか？</p> <p>約() 日・週間・ヶ月・年前 から</p>	
<p>症状は、発症時とくらべて、どのように変化していますか？</p> <p><input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 徐々に良くなっている <input type="checkbox"/> 徐々に悪くなっている <input type="checkbox"/> 良くなったり悪くなったりする</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>本日、お薬手帳はお持ちですか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※お持ちの方は受付にお渡してください</p>	
<p>食べ物や薬・注射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？</p> <p><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>	

※ご協力ありがとうございました。
 柏脳神経外科クリニック