

## 北青山D.CLINIC 問診票

今回の受診の目的、動機、ご相談内容、症状などをお知らせください。


### 基本情報

お名前	
必須	お名前（フリガナ）
	お名前（漢字）
必須	性別 <span style="margin-left: 150px;">男</span> <span style="margin-left: 50px;">女</span>
必須	生年月日（西暦） <span style="margin-left: 100px;">年</span> <span style="margin-left: 50px;">月</span> <span style="margin-left: 50px;">日生</span>
ご自宅住所	
必須	ご自宅 郵便番号 <span style="margin-left: 50px;">□□□-□□□□</span>
必須	ご自宅住所1（都道府県、市町村） <span style="margin-left: 100px;">都・県</span> <span style="margin-left: 150px;">市・区・町・村</span>
必須	ご自宅住所2（丁目、番地など）
連絡先	
必須	電話番号①※クリニック受付時間内（月～土9:30～18:00）に連絡可能な連絡先をご記入下さい。
任意	電話番号②
必須	メールアドレス <span style="margin-left: 150px;">@</span>
必須	ご希望連絡先必須 <span style="margin-left: 50px;">□上記①</span> <span style="margin-left: 20px;">□上記②</span> <span style="margin-left: 20px;">□メールアドレス</span>

#### 緊急連絡先

任意	お名前
	続柄
	連絡先

### アンケート

当クリニックを何でお知りになりましたか？

<input type="checkbox"/> 家族・親戚の紹介 <input type="checkbox"/> 友人・知人の紹介 <input type="checkbox"/> 当院スタッフの紹介 <input type="checkbox"/> 当院ホームページ
<input type="checkbox"/> 雑誌 <input type="checkbox"/> 新聞 <input type="checkbox"/> テレビ <input type="checkbox"/> その他（                      ）

ご紹介者名、媒体名をご記入ください。

--

# 問診シート

必須	身長		cm
必須	体重		kg

1.過去にかかった大きな病気・感染症、受けた手術、現在治療中の病気があればお知らせ下さい。

**必須** 1-1.病歴について ある ない

ある場合、以下にご記入ください。(ある場合は必須)

以下の病歴に当てはまる場合は、してください。

- 心臓病 (病名: \_\_\_\_\_ )  
前立腺肥大 脳梗塞 緑内障 糖尿病 高血圧

その他の病歴

①	病名・手術名			
	現在治療中ですか?	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	発症時期		年	月 日頃
	治療法			
②	病名・手術名			
	現在治療中ですか?	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	発症時期		年	月 日頃
	治療法			

**必須** 1-2.感染症について ある ない

ある場合、以下にご記入ください。(ある場合:必須)

- B型肝炎  C型肝炎  梅毒  HIV  
 その他

**必須** 2.常用している薬はありますか? ある ない

ある場合、以下にご記入ください。(ある場合:必須)

薬名	
----	--

**必須** 3.薬や食べ物にアレルギーはありますか? ある ない

ある場合、以下にご記入ください。(ある場合:必須)

アレルギーを起こすもの	
-------------	--

**必須** 4.喘息はないですか? ある ない

**必須** 5.日常生活を支障なく送れていますか? はい いいえ

いいえの場合、以下にご記入ください。(いいえの場合:必須)

具体的に問題点を教えてください。	
------------------	--

**必須** 6.お酒は飲みますか? 飲む 飲まない

お酒を飲まれる場合、以下にご記入ください。(飲まれる方:必須)

何を	
一日どのくらいの量	
週に何日	週に 日

**必須** 7.煙草を吸いますか? 吸う 吸わない

煙草を吸われる場合、以下にご記入ください。(喫煙者の方:必須)

一日に吸う本数		本
喫煙期間		年

**女性** **必須** 1.現在、妊娠中または妊娠の可能性はありますか?

- 妊娠中 (妊娠週数 週) 可能性あり なし

2.現在授乳中ですか? はい いいえ

ID/お名前		記入日： 年 月 日
--------	--	------------

<b>北青山D.CLINIC 問診票</b> (椎間板ヘルニア)
-------------------------------------

椎間板ヘルニアで受診される方は下記をご記入下さい。

1.日常生活でよくする動作を選択してください。(複数選択可)

<input type="checkbox"/> 立ち仕事	<input type="checkbox"/> 中腰での作業	<input type="checkbox"/> 座位	<input type="checkbox"/> 運転	<input type="checkbox"/> 重量物運搬
-------------------------------	---------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	--------------------------------

1-2.スポーツはしますか？

<input type="checkbox"/> する	スポーツ名： ( )
<input type="checkbox"/> しない	

2.いつからの症状ですか？

年 月 日頃
--------

3.どこに症状がありますか？(複数選択可)

左	<input type="checkbox"/> 首 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 腰 <input type="checkbox"/> 臀部 <input type="checkbox"/> 太もも <input type="checkbox"/> その他 ( )
右	<input type="checkbox"/> 首 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 腰 <input type="checkbox"/> 臀部 <input type="checkbox"/> 太もも <input type="checkbox"/> その他 ( )

4.どのような症状ですか？(複数選択可)

左	<input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 歩行障害 その他 ( )
右	<input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 歩行障害 その他 ( )

5.椎間板ヘルニアで今までに受診された医療機関がありますか？

はいの方、今までに受けた治療について

治療内容(複数選択可)	<input type="checkbox"/> ブロック注射 <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他 ( )
治療期間	年 月 日
治療回数	回
前医の診断と治療指針	

6.PLDDをご存知でしたか？

<input type="checkbox"/> 全く知らない <input type="checkbox"/> 少しだけ知っている <input type="checkbox"/> まあまあ知っている <input type="checkbox"/> ほぼ理解している <input type="checkbox"/> 完全に理解している
---