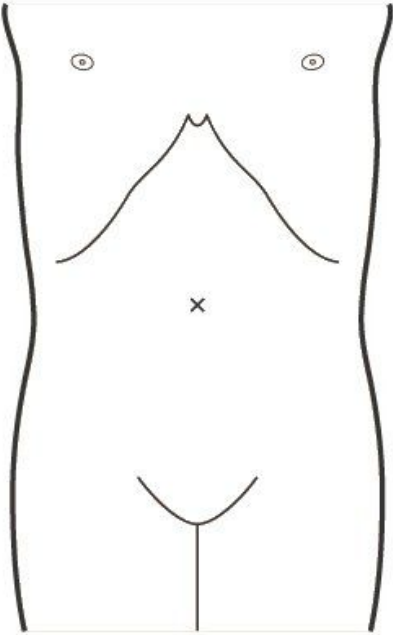


ヘルニア問診票

フリガナ 患者氏名	性別：
I D	
生年月日	()歳

症状	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側 <input type="checkbox"/> 下腹部の腫れ <input type="checkbox"/> 下腹部の痛み <input type="checkbox"/> 下腹部のしこり <input type="checkbox"/> 医師による診断済み <input type="checkbox"/> 医師の診察を受けていない その他具体的に
いつ頃から？	<input type="checkbox"/> 数日 (日) <input type="checkbox"/> 数週間 (週間) <input type="checkbox"/> 数ヶ月 (ヶ月) <input type="checkbox"/> 数年 (年)
かかったことのある病気	<input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 気管支喘息
その他
手術の経験	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
内容
血がサラサラになる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
内容
その他に飲んでいる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
内容
アレルギー歴
薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり



あなたの患部を図に○で記入してください。