

問診票

(ふりがな)

お名前： _____ (男・女) 職業： _____ スポーツ歴： _____
生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢： _____ 才 身長： _____ cm 体重： _____ kg
(〒 -)

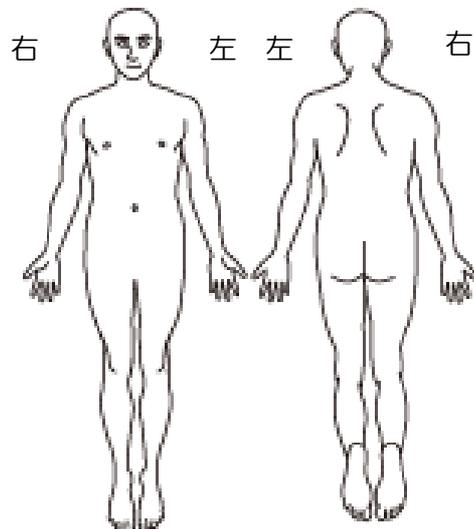
住所 _____

携帯番号 _____

自宅番号 _____

介護認定取得 (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)

症状のある部位に○をつけて下さい



1. あてはまる症状に○をつけてください

痛み しびれ 腫れ
切った ぶつけた 捻った その他 ()

2. いつからですか?

()

3. 思い当たる原因に○をつけてください

交通事故 (年 月 日) ・警察への届け (有・無)
仕事中 (通勤、帰宅途中を含む) ・学校でのケガ (登下校を含む)
思い当たる原因なし ・ その他 ()

4. この症状に対して検査・治療を受けたことがありますか?

はい いいえ

5. 現在治療中、あるいは、かかったことのある病気やケガはありますか?

なし 高血圧 糖尿病 高脂血症 脳疾患 心臓病 肝臓病 腎臓病 緑内障
胃・十二指腸潰瘍 肝炎 ぜんそく その他 ()

6. 今までに手術を受けたことがありますか?

はい いいえ

7. 体内に金属やペースメーカーが入っていますか?

はい いいえ

8. 現在服用されている薬がありますか?

はい いいえ ※お薬手帳を提出してください

10. アレルギーはありますか? (薬・食べ物・ゴム製品 等)

はい いいえ

11. 麻酔 (歯科麻酔を含む) で気分を悪くしたことがありますか?

はい いいえ 経験がない

12. (女性の方へ) 現在妊娠中ですか? はい (妊娠 _____ 週) いいえ わからない

13. (女性の方へ) 現在授乳中ですか? はい いいえ

14. 40歳以上女性または、骨折既往歴がある方には、骨密度検査をおすすめしております
骨密度検査を (希望する ・ 希望しない ・ 最近検査をした ・ 治療を開始している)

15. 本日ご希望の内容があれば○を付けて下さい。

レントゲン ・ 薬 ・ 湿布 ・ リハビリ ・ 診断書 (警察 職場) ・ その他 ()

16. 当院に初めて受診の方にお伺いいたします。当院の事を何でお知りになりましたか?

他院から紹介 ・ 家族から ・ 友人知人から ・ 野立て看板 ・ 通りかかって
ネット検索【 google・yahoo・当院HP・病院なび】 ・ その他 ()