

問診票

受診日 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日
お名前			年 月 日 () 歳
住所	〒		
電話	- -	緊急連絡先	- -
職業		学生	大学生・専門・高・中・小 () 年生・園児
スポーツ	種目 () 回/週	身長 () cm	体重 () kg

●現在の症状について教えてください

・どのような症状にお悩みですか？

・この症状が始まったのはいつからですか？

(年 月 日 頃)

・きっかけ、原因は何ですか？

・この症状で現在あるいは過去に治療を

受けた (下記も記入してください) 受けていない

病名

●上記以外の症状についてお聞かせください

・現在治療 (内服・注射等) 中、または、指摘された病気がありますか？

リウマチ 喘息 糖尿病 高血圧

胃・十二指腸潰瘍 脳梗塞・脳出血

がん (部位:)

骨折 (部位:)

肝臓病 腎臓病 ペースメーカー (有・無)

その他 ()

・過去に手術を受けたことがありますか？

いいえ

はい (病名:)

*お薬手帳をお持ちの方は問診票と一緒にご提出ください

●たばこは吸われますか？

いいえ

はい (1日平均: 本)

●お酒は飲まれますか？

いいえ たまに

はい (週: 日)

(種類:) (1日の量:)

●以下のうち、どれにあてはまりますか？

工作上・通勤上 ⇒ 労災申請のご予定: あり・なし

勤務先名 () TEL ()

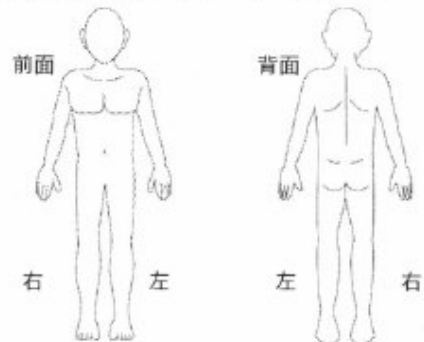
交通事故 (年 月 日)

(保険会社への連絡: 未・済)

学校行事・通学中

スポーツ中 [種目: 右利き/左利き]

●具合の悪い部分に○をつけてください



●アレルギーについて教えてください

・薬または金属のアレルギーはありますか？

ない

ある (名前:)

●ご希望の検査などがございましたらご記入下さい。

骨密度 リハビリ 注射による治療

手術 その他 ()

●女性の方のみお答えください

・妊娠中ですか？ はい いいえ 不明

・授乳中ですか？ はい いいえ 不明

●介護保険の認定を受けていますか？

いいえ

はい (下記に○をつけてください)

要支援: 1 ・ 2

要介護: 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5

*通所リハビリ・デイケア等をご利用の方は
ご利用施設名等をご記入下さい。

()

●来院のきっかけを教えてください。

知人からの紹介 他院からの紹介

近所だから 看板 当院ホームページ

その他 ()

●保険証のコピーを取らせていただくことに同意していただけますか？

同意する

同意しない