

問診票

記入日	年 月 日	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日(歳)
ふりがな	性別		ご連絡先(初診時から変更がある場合のみ、ご記入ください)
お名前	男・女	住所: 〒	電話番号: 自宅 () 携帯 ()
身長: cm	体重: kg	職業	デスクワーク・立ち仕事・主婦・学生 その他()

1. 症状についてお尋ねします。

・症状のある部位に○をつけてください →

・症状はいつからですか？

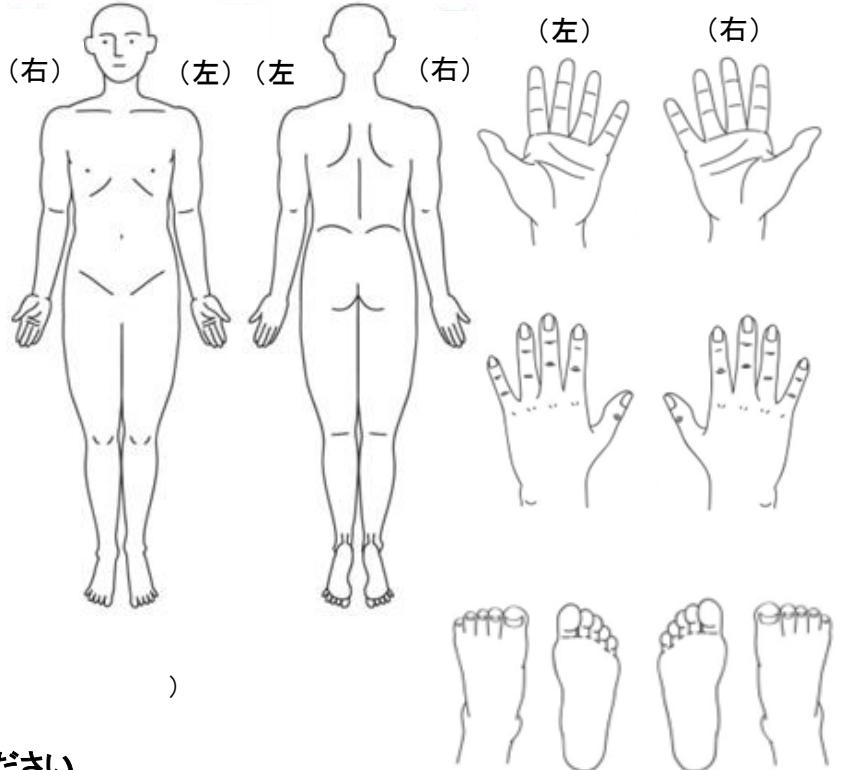
- 今日 昨日 ____日前
 ____週間前 ____ヶ月前 ____年前

・症状が出た原因は何ですか？

- 交通事故 転倒・転落 ひねった
 切った ぶつけた 使いすぎ・疲労
 不明 その他()

・どのような症状ですか？

- 痛み しびれ 腫れ 傷 張り
 重い・だるい 動かせない その他()



2. 現在の痛みやしびれの程度に○をつけてください。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

痛みなし 少し痛い 痛い かなり痛い 我慢ができない

3. お工作中・通勤中・交通事故(相手側の保険会社が支払いをする事故)での怪我ですか？

- いいえ はい → 保険証を使って診察し、その後労災や自賠責保険へ切り替えされる場合、手数料がかかります。
 承知しました

4. 今回の症状で他院で治療を受けられたことがありますか？

- いいえ はい (病院名:)

5. 今までに病気にかかったことはありますか？

- いいえ 喘息 高血圧 糖尿病 心疾患 脳血管疾患 腎疾患 婦人科疾患 緑内障
 その他()

6. 手術を受けたことはありますか？

- いいえ はい ()

7. 薬や食べ物にアレルギーはありますか？

- いいえ はい ()

8. 現在飲まれているお薬はありますか？

- いいえ はい

9. (女性の方のみ)現在、妊娠または授乳をされていますか？

- いいえ はい 可能性がある

10. 介護保険認定について教えてください

- 認定を受けていない 認定を受けている → 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5

11. 当院を何でお知りになりましたか？

- 知人の紹介 病院からの紹介 看板(駅・電柱) 近くを歩いて インターネット その他()

※ご協力ありがとうございました。ご記入が終わりましたら、受付にご提出ください。