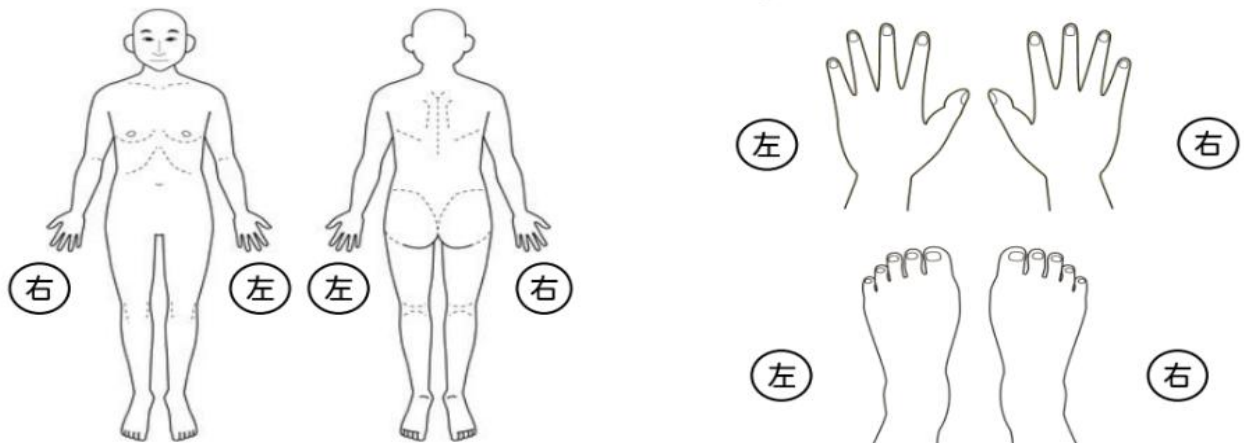


# 問診票

年 月 日 本日の体温 ℃

|                                      |     |    |      |                |       |    |
|--------------------------------------|-----|----|------|----------------|-------|----|
| ふりがな                                 |     | 男女 | 生年月日 | 昭和<br>平成<br>令和 | 年 月 日 | 年齢 |
| 名前                                   |     |    |      |                |       |    |
| 住所                                   | 〒   |    |      |                | 職業    |    |
| 携帯電話                                 | ( ) |    | 自宅電話 | ( )            |       |    |
| 緊急連絡先                                | ( ) |    | 氏名   |                |       | 続柄 |
| 介護認定を受けていますか? いいえ ・ はい 要介護( ) 要支援( ) |     |    |      |                |       |    |

1 診察してほしい所はどこですか? 症状のある部位に○印をつけて下さい



- 2 どのような症状がありますか? 痛い・しびれる・変形している・腫れている・感覚がにぶい  
こわばる・熱をもっている・動かしにくい・歩きにくい・その他( )
- 3 症状はいつからですか? \_\_\_\_\_から ・ 不明
- 4 思い当たる原因はありますか? なし・あり → ぶつけた・はさんだ・ひねった・転んだ  
スポーツ・交通事故・その他( )
- 5 今回の症状で他の病院・診療所・接骨院などで治療を受けた事がありますか? なし・あり  
紹介状 あり・なし 施設名( )
- 6 過去にけがや病気で手術を受けた事がありますか? なし・あり  
手術名( ) 体内金属 : なし・あり
- 7 現在治療中の病気や服用中の薬はありますか? お薬手帳があれば受付にご提出して下さい  
なし・あり → 高血圧・糖尿病・心臓病・脳梗塞・その他( )  
医療機関名( )  
服用中の薬( )
- 8 薬や注射でアレルギーや気分不快が出たことはありますか? なし・あり  
アレルギー等( )
- 9 女性の方へ: 現在妊娠の可能性はありますか? なし・あり
- 10 骨粗鬆症の検査を希望されますか? はい・いいえ
- 11 動脈硬化の検査を希望されますか? はい・いいえ
- 12 当院受診のきっかけは?  
家族や知人の紹介・他院からの紹介・自宅が近い・インターネット・その他( )