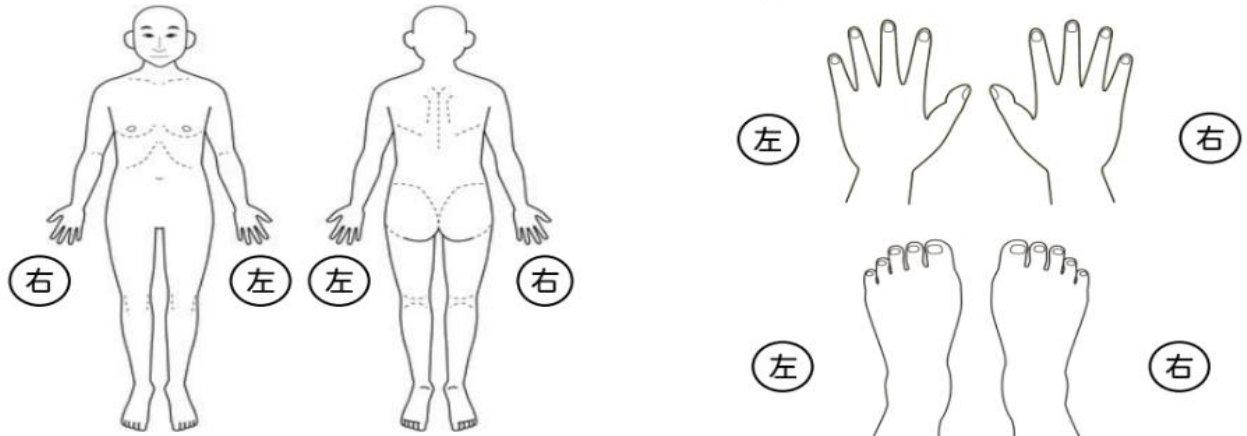


問診票

年 月 日 本日の体温 ℃

ふりがな			男 女	生年 月日	昭和 平成 令和	年 月 日	歳
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()							
介護サービスを利用していますか？ デイサービス・デイケア・訪問リハ・その他()							

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 思いあ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？ なし・あり
高血圧・糖尿病・心臓病・脳梗塞・高脂血症・痛風
病名() 薬品名()

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：現在妊娠中ですか？ なし・あり ：授乳中ですか？ なし・あり

10 骨粗鬆症の検査を希望されますか？ はい 11 動脈硬化の検査を希望されますか？ はい

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()