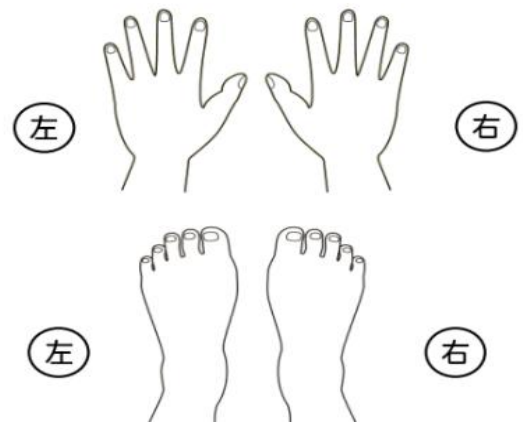
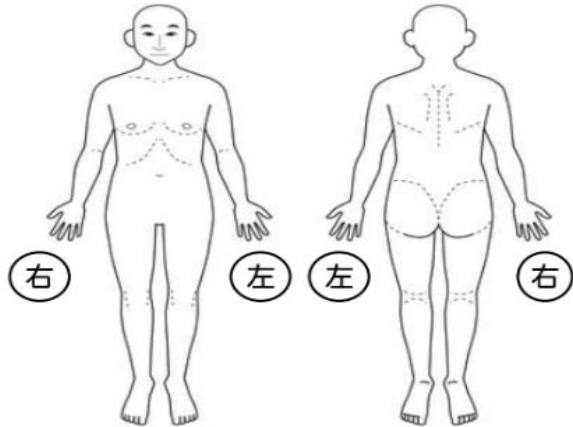


問診票

フリガナ		年	月	日	本日の体温		℃
名前		男女	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
ご住所	〒					ご職業	
携帯電話	()		自宅電話	()			
緊急連絡先	()		氏名			続柄	
介護サービスを受けていますか？ ☐ はい ☐ いいえ 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
☐感覚がにびい ☐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？ _____(☐日 ☐週 ☐月 ☐年)前から ☐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？ ☐あり ☐なし
☐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？
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
☐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 ()
- 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 ()