

問診票

大・昭

ふりがな

ID _____

生年月日 平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 性別 男・女 自宅電話番号(_____) _____

住所 _____ 携帯電話番号 _____

(差支えない範囲で)

職業、学校・幼稚園・保育園名 _____ 現在続けているスポーツ _____

本日はどうなさいましたか

1. 具合の悪いところはどこですか？右の図に印をつけてください。

2. いつ頃から症状がありますか？

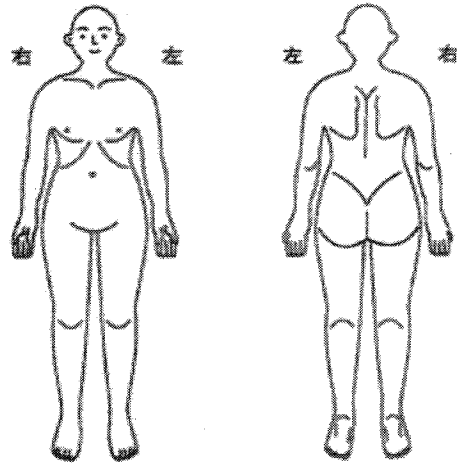
3. 原因はわかりますか？ (○をつけてください・複数可)

原因不明 外傷 (ひねった ・ ぶつけた ・ その他)

交通事故 労災 学校

その他 _____

4. どのような症状ですか？



5. アレルギーはありますか？ ある ・ なし 6. 現在治療中の病気はありますか？ (○をつけてください)

薬物・・・() なし・高血圧・糖尿病・高脂血症・心臓病・痛風
食べ物・・・() 肝臓病・腎臓病・喘息・脳疾患・認知症・精神疾患
その他・・・() その他()

7. 皮膚はかぶれやすいですか？ はい ・ いいえ → 湿布は使用できますか？ はい ・ いいえ

8. 過去に手術を受けたことがありますか？ (整形外科以外もご記入ください)

ある ・ なし () 歳頃 病名…
() 歳頃 病名…
() 歳頃 病名…

9. 現在飲んでいるお薬はありますか？ ある ・ なし → お薬手帳をお持ちですか？ ある ・ なし

10. 女性の方へ ①妊娠中もしくは妊娠の可能性はありますか？ (はい ・ いいえ)

②現在授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)

11. 骨粗鬆症を原因とする転倒や骨折、寝たきり予防のため骨密度検査をおすすめしております。

→ 骨密度検査を (希望する ・ 希望しない ・ 最近検査を受けた ・ 治療をしている)

12. 65歳以上の方に伺います。介護保険の認定を受けていますか？ (はい ・ いいえ)

→ はい の方に伺います。通所リハビリテーションに通われていますか？ (はい ・ いいえ)

13. 何をみてご来院されましたか？ (家族・知人の紹介 ・ ホームページ ・ インターネット ・ その他)

当院は診療情報取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力お願いいたします。