



問診票

ID: _____

年 月 日

氏名 _____ (ふりがな: _____) (男・女)

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____)才

住所 〒 _____ 電話番号 _____ - _____ -

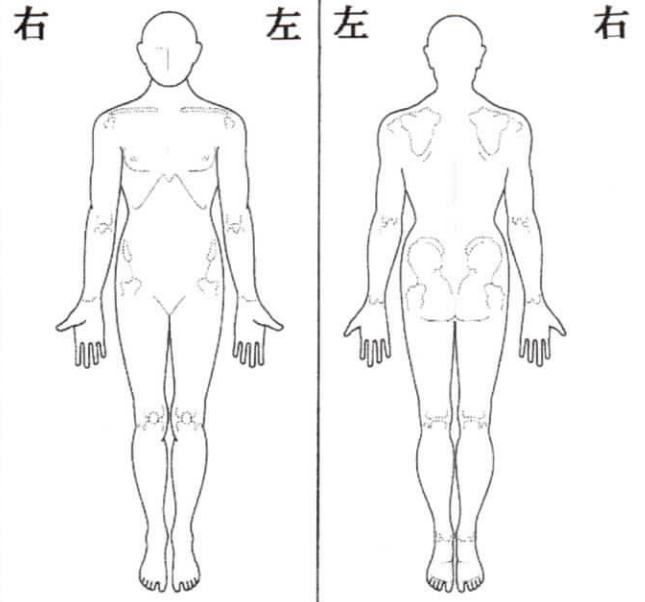
携帯番号 _____ - _____ -

勤務先(学校名) _____ 勤務先電話番号 _____ - _____ -

身長: _____ cm 体重: _____ kg 介護保険認定⇒要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5

1. 本日の症状についてお聞きします。

- 右の図の症状があるところに○をつけて下さい。
- いつ頃からですか。(_____ から)
- どのような症状ですか
痛み しびれ はれ 動かない 変形
その他(_____)
- どのようにして症状が出ましたか。
[_____]
- 当てはまるところに○をつけて下さい。
交通事故 学校で 工作中 通勤中



2. この症状で、現在も病院・整骨院などで治療を受けているか、あるいは過去に治療を受けた事がありますか。また、それはいつですか。

(はい ・ いいえ)
(_____)

⇒「はい」の方…医療機関名(_____)その時の診断名(_____)
検査:レントゲン CT MRI その他(_____)
治療:内服薬 外用剤 注射 機器(低周波、ウォーターベッド、牽引) 理学療法士のリハビリ

3. 職種を教えてください。

デスクワーク 立ち仕事 力仕事 その他(_____)

4. これまでにかかった病気、または現在治療中の病気や手術歴はありますか。

高血圧 糖尿病 喘息 胃潰瘍 心臓病(ペースメーカー、ステント) 腎臓病 肝臓病 リウマチ
痛風 緑内障 脳卒中 心療内科疾患(不眠症、うつ、不安神経症など) その他(_____)
手術(_____) 医療機関名(_____)

5. 現在、何かお薬をのんでいますか。

(はい ・ いいえ)

⇒お薬手帳お持ちでない方 薬品名;

6. 今までお薬や食べ物でアレルギーを起こした事がありますか。

(はい ・ いいえ)

⇒「はい」の方…お薬・食べ物の名前と症状(_____)

7. 女性の方にお尋ねします。

- 妊娠中ですか? (はい ・ いいえ)
- 授乳中ですか? (はい ・ いいえ)

8. 当院へは何でお知りなり来院されましたか。

知人の紹介 通りがかり ホームページ バス車内放送 チラシ 電柱 その他(_____)

ご協力ありがとうございました。