

問 診 票

ID：

記入日： 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日		年齢
氏 名		☐ 男 ☐ 女	☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日		歳
住 所	〒			身長	cm
	連絡先 ☎			体重	kg

■症状があるのはどこですか？

首・腰・肩・肘・腕・手・股関節・膝・足首・足

その他（ ）

絵にも○をつけてください

■いつ頃から症状がありますか？

今日・（ ）日前から・（ ）ヶ月前・（ ）年前

■思いあたる原因はありますか？

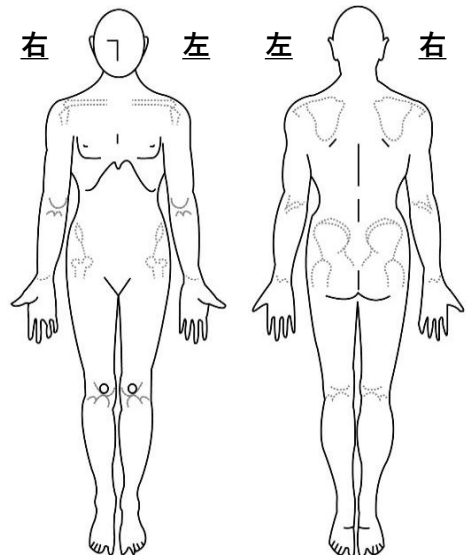
■交通事故・工作中・学校のケガ（高校生以下）では ありませんか？

☐交通事故【通勤途中・通勤以外】

☐工作中【通勤途中・作業中】 ☐その他（ ）

☐学校・園のケガ【登下校中・部活中・授業中・その他】

■どのような時、症状がおきますか？



■今回の症状で、他の医療機関の受診や治療はありますか？

☐なし ☐あり（お薬・注射・リハビリ・物療・その他）（医療機関： ）

■今回はどのような目的で受診なさいましたか？

☐痛みを取ってほしい ☐原因を知りたい（検査希望） ☐痛み止めの薬だけほしい

☐手術/注射等積極的治療を考えたい ☐セカンドオピニオン ☐その他

■ご希望の検査や治療はありますか？

☐骨密度 ☐レントゲン ☐超音波 ☐採血 ☐リハビリ ☐医師の判断に任せる

■今まで手術をされたことはございますか？

☐いいえ ☐はい（いつ頃： ） どのような手術： ）

■現在治療中の病気はございますか？

☐高血圧 ☐心臓病 ☐不整脈 ☐脳疾患 ☐胃潰瘍 ☐腎臓病 ☐糖尿病（HbA1c： ）

☐骨粗鬆症 ☐痛風 ☐リウマチ ☐甲状腺 ☐その他（ ）

■現在お薬を飲んでいらっしゃいますか？

☐いいえ ☐はい お薬手帳をお持ちの方は受付にお出してください。

■お薬や食べ物のアレルギーはございますか？

☐いいえ ☐はい（ ）

■女性の方へ・妊娠中ですか？（いいえ・わからない・はい： 週目）・授乳中（いいえ・はい）

■介護認定を受けられている方へ ☐要支援【1・2】 ☐要介護【1・2・3・4・5】

■どのような経緯で、当院にられましたか？（回答は任意です・複数回答可）

☐近所 ☐インターネット

☐知り合いの紹介

☐広告・看板

☐予防接種

☐その他（ ）