

問 診 票

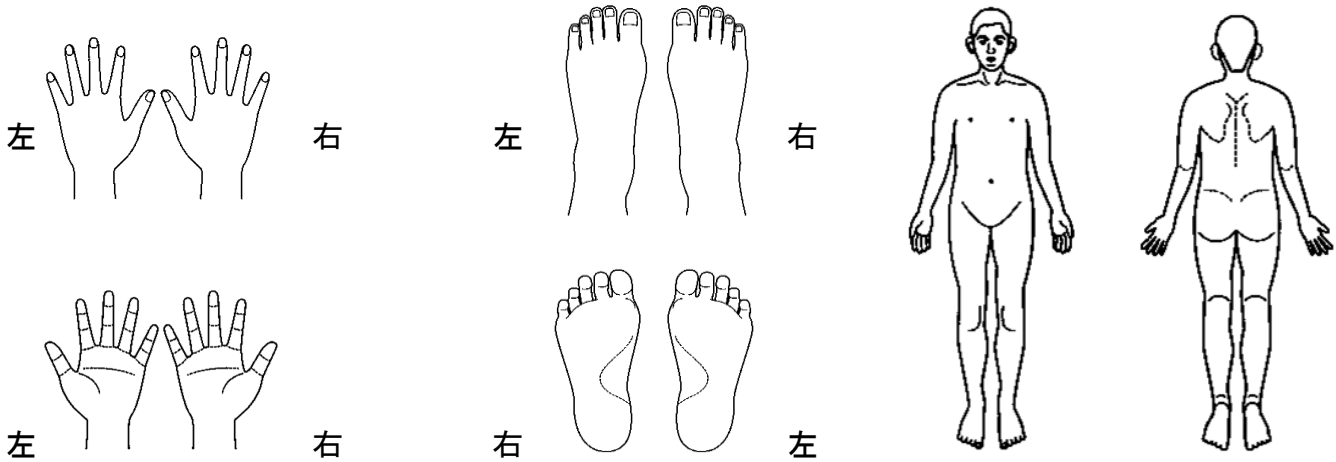
記入日 H 年 月 日

フリガナ		住所	〒 ー
氏名	男 様 女		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 歳	電話番号	() ー
要介護認定を受けている		いいえ	はい 要支援 1. 2 要介護 1. 2. 3. 4. 5

1、どのような症状ですか。

痛い ・ しびれ ・ 動かない ・ 腫れ

2、どちらに症状がありますか。○をつけて下さい。



3、どんな時に痛いですか。

常に ・ 寝ている時 ・ 座っている時 ・ 立ち上がる時 ・ 立っている時 ・ 歩いている時 ・ 動かした時 ・ その他

4、いつから痛いですか。

今日 ・ 昨日 ・ ()月()日 ・ 1週間 ・ 2週間前 ・ 1か月前 ・ 3か月前 ・ 半年前 ・ 1年以上前

5、原因はありますか。 ない ・ スポーツ ・ 家の中 ・ 屋外活動中 ・ その他()

転んだ ・ ひねった ・ 切った ・ ぶつけた

{ 工作中・通勤中・交通事故 (労災、もしくは自賠責保険にしますか。 はい ・ いいえ ・ 考え中)
 負傷日もしくは事故日 ()年()月()日

6、痛くなってどのような対処をしましたか。

病院を受診 (病名)

何もしていない ・ 治療院を受診 ・ 市販薬を使用 ・ その他()

7、どのような治療を希望されますか。

医師に任せる ・ 手術 ・ 注射 ・ くすり ・ リハビリ ・ 検査 ・ その他()

8、過去、もしくは現在、治療中の病気はありますか。

糖尿病・肝臓病・腎臓病・心臓病・高血圧・不整脈・心臓ペースメーカー・脳梗塞・癌()

うつ病・精神疾患・喘息・リウマチ・前立腺肥大・緑内障・その他()

9、薬、注射、食べ物、金属、その他でアレルギーはありますか。 ない ・ ある(薬:)

(食べ物:)

10、女性の方に伺います。現在、妊娠されている可能性はありますか。 ある ・ ない

*** お薬手帳をお持ちの方はコピーをさせていただきますので、ご用意ください。**

