

問 診 票

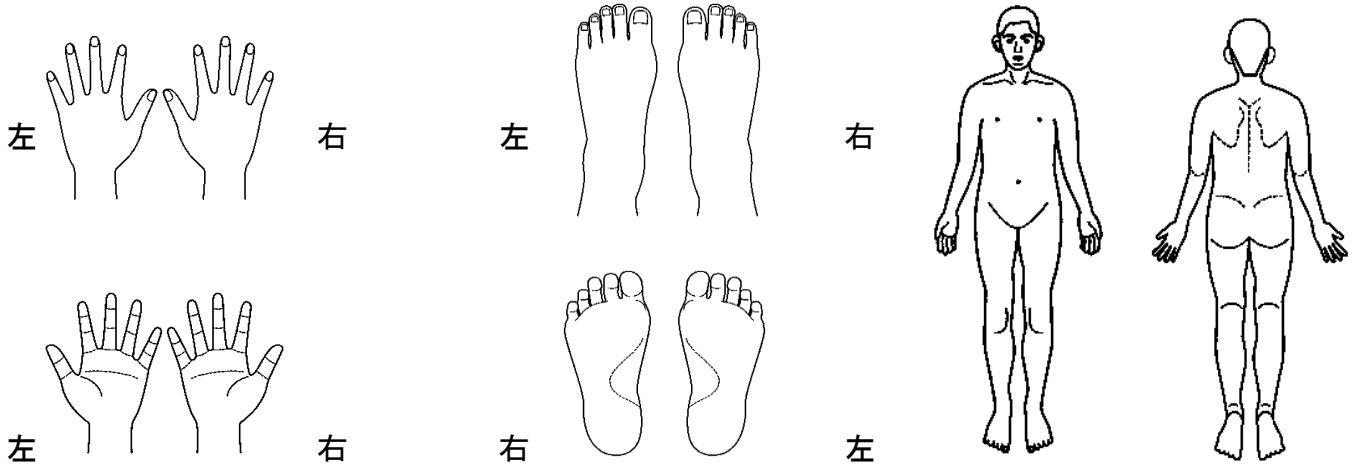
記入日 令和 年 月 日

フリガナ		住所	〒 ー
氏名	男 女 様		
生年月日	明・大・昭・平・令 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
何を見て来院を決めましたか。		家が近所・広告・ホームページ・知人の紹介・その他	

1. どのような症状ですか？

2. どちらに症状がありますか？○をつけて下さい。

痛い・しびれ・動かない・腫れ



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週間前・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、金属、その他でアレルギーはありますか？ ない・ある()

10. 骨粗しょう症の検査を希望されますか？ はい・いいえ

11. 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

* 薬を飲まれている方はお薬手帳をコピーをさせていただきますので、ご用意ください。