

# 問 診 票

受診日 令和 年 月 日

ふりがな	性別	年齢	生年月日	職業/学校名
氏名	男 女	才	明・大・昭・平・令 年 月 日	

住所：〒 \_\_\_\_\_ パート名等： \_\_\_\_\_

電話番号 携帯： \_\_\_\_\_ 自宅： \_\_\_\_\_ 勤務先： \_\_\_\_\_

★介護認定を受けていますか？ ・はい（要支援： \_\_\_\_\_ 要介護： \_\_\_\_\_） ・いいえ  
※介護保険手帳をお持ちの方は受付へ提出をお願いします。

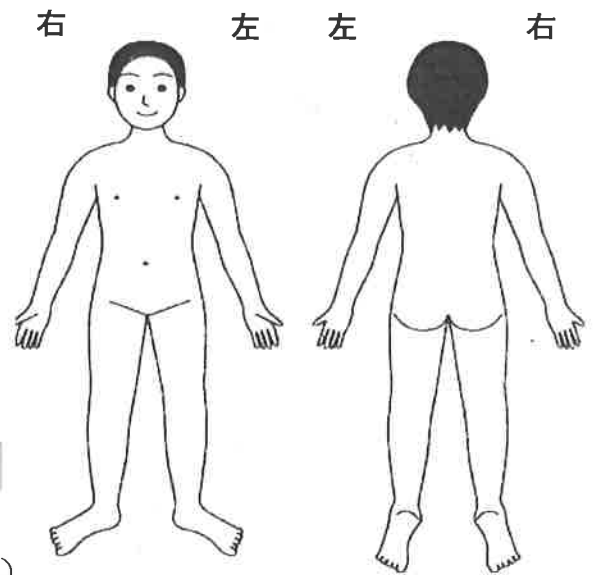
★本日はどなたかの紹介で来院しましたか？ ・はい ・いいえ  
・知人（ \_\_\_\_\_ ） ・医療機関（ \_\_\_\_\_ ） ・インターネット

## ➤ 本日の症状は？

(症状のある部位を右図に○をつけてください。)

- ・痛み ・しびれ ・はれている ・こり
- ・動かしにくい/力がはまらない ・できもの
- ・手・足の爪 ・その他（ \_\_\_\_\_ ）

○印をつけてください



## ➤ 本日受診の目的は？

- ・痛みの治療 ・リハビリ ・レントゲン
- ・超音波 ・骨密度 ・介護についての相談

## ➤ いつ頃から症状は出てきましたか？

平成・令和 年 月 日頃から

## ➤ 症状が出てきたきっかけや原因はありますか？

- ・仕事中 ・交通事故(事故日: / / ) ・転倒
- ・スポーツ（ \_\_\_\_\_ ） ・その他（ \_\_\_\_\_ ）

➤ その症状について他の病院・整骨院等受診しましたか？ ・はい ・いいえ

➤ 現在治療中の病気はありますか？ ・はい ・いいえ

はいの方は○をつけてください。

- ・高血圧 ・糖尿病 ・心臓病（狭心症/不整脈） ・腎臓病 ・肝臓病 ・胃潰瘍
- ・脳梗塞 ・高脂血症 ・喘息 ・前立腺 ・緑内障 ・その他（ \_\_\_\_\_ ）

➤ アレルギー歴 ・なし ・あり ・不明

ありの方⇒ ・喘息 ・鼻炎 ・アトピー ・薬剤（ \_\_\_\_\_ ） ・その他（ \_\_\_\_\_ ）

➤ 女性の方へ⇒現在妊娠中・授乳中ですか？

・はい（ 妊娠中 / 授乳中 ） ・いいえ 閉経（ \_\_\_\_\_ ）才

本日、お薬手帳はお持ちですか？ ・はい ・いいえ ・自宅にある

※お薬手帳は受付へお出し下さい。

➤ 本日よりリハビリを希望されますか？ ・はい ・いいえ

★お車で越しの方は、右記に車両番号の記入をお願いします⇒

車両番号： \_\_\_\_\_