

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：〒	アパート名等：	
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 利用中のサービス：デイサービス・デイケア・訪問・その他・不明

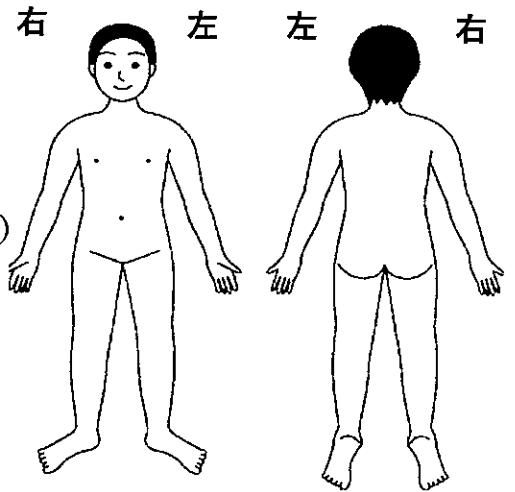
★本日はどなたかの紹介で来院しましたか？ ・はい ・いいえ
・知人（ ） ・医療機関（ ） ・インターネット
・体温（ ℃） 身長（ cm） 体重（ kg）

➤ 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。)

○印をつけてください

- ・痛み ・しびれ ・はれている ・こり
- ・動かしにくい/力がはらない ・その他（ ）



➤ 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・手術・紹介状の相談(CD-R・紹介状の持参あり・なし)
- ・注射希望の方：血液検査等で気分が悪くなった事がありますか？
⇒はい・いいえ

➤ 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？

- ・転倒・スポーツ（ ） ・その他（ ）

※労災・交通事故の方は受付へ

➤ 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（持続型インスリン・血糖測定装着中）・高脂血症・甲状腺・腎臓病・肝臓病・喘息
- ・胃潰瘍・脳梗塞・心臓病（狭窄症・不整脈）・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・アトピー・アルコール綿等・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。

➤ 本日リハビリを希望されますか？ ・はい ・いいえ

★お車でお越しの方は、右記に車両番号の記入をお願いします⇒

車両番号：