

# 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 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

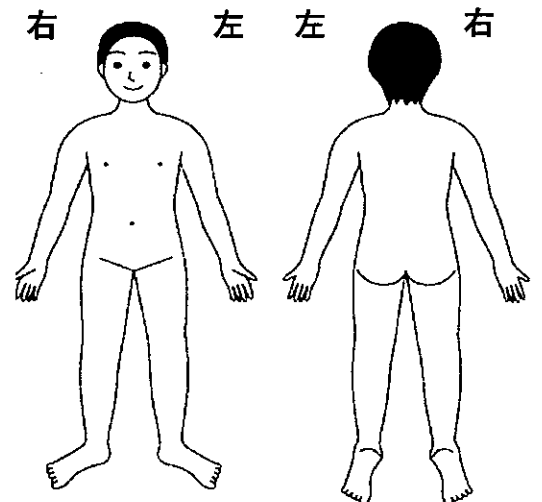
★身長（ \_\_\_\_\_ cm）体重（ \_\_\_\_\_ kg）・錠剤（希望・希望しない）

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

➡ 症状があるものに○：頭痛・吐き気・嘔吐・眩暈・耳鳴り・上下肢しびれ

## ➤ 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 ・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： \_\_\_\_\_