

# 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： \_\_\_\_\_

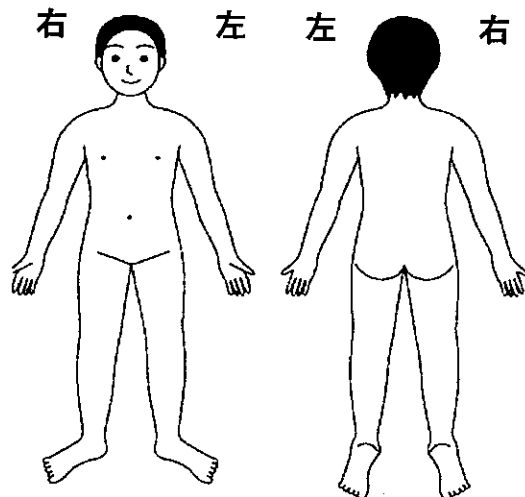
電話番号 携帯： \_\_\_\_\_ 自宅： \_\_\_\_\_ 勤務先： \_\_\_\_\_

★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？ ○印をつけてください  
 (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( \_\_\_\_\_ )



➤ 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( \_\_\_\_\_ )

➤ ワクチン接種はしましたか？  
 ( コロナ( \_\_\_\_\_ 回目済・ / / ) ・肺炎球菌 \_\_\_\_\_ ・インフルエンザ \_\_\_\_\_ )

➤ 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： \_\_\_\_\_