

問 診 票

フリガナ お名前	性別 男 女	生年月日 M . T . S . H 年 月 日	体重 kg
住所		連絡先	
受傷された原因 1、工作中的負傷（労災・通勤中）（ 月 日） 2、交通事故（相手がいる・いない）（ 月 日） 3、その他（ ）		受傷日 介護保険を申請されていますか？ ・ いいえ ・ はい（介護度 職業（ ））	

1)どのように当院を知りましたか？

ホームページ・SNS・口コミ・広告・紹介・その他()

2)症状のある部位に○印をつけてください

3)どのような症状でお困りですか？

[]

4)その症状はいつ頃からですか？ 受傷日がわかれば記入ください
() (年 月 日)

5)原因と思われることはありますか？
()

6)今回の症状で、他院で治療を受けたことがありますか？

いいえ
はい・・・(施設名 治療内容)

7)糖尿病はありますか？

いいえ
はい・・・(病歴年数 年 内服・インスリンの有無 あり・なし)

8)本日受診された症状以外で、現在治療中の病気はありますか？ (いいえ・はい)

高血圧・腎臓病・肝臓病・甲状腺・胃腸疾患・リウマチ・痛風・骨粗しょう症・婦人科疾患
喘息・心臓病・脳疾患・その他()

9)現在服用中の薬はありますか？ (いいえ・はい)

「はい」の方・・・(お薬手帳は持参されていますか？ いいえ・はい)

10)今までに手術を受けたことがありますか？ (いいえ・はい)

11)今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？ (いいえ・はい)

「はい」の方・・・(薬の名前 食べ物)

12)女性の方へ

妊娠中の可能性はありますか？ (いいえ・はい・わからない)

現在授乳中ですか？ (いいえ・はい)

