

# 問診票

フリガナ	生年月日	T・S・H・R	年	月	日	( 歳)
お名前	性別	男・女	職業：			
住所 〒	自宅電話 ( )					
	携帯電話 ( )					
現在行っているスポーツ      していない      している (種目： )						
介護保険の認定を受けている方は○をつけて下さい 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5						
(女性の方のみ) 妊娠中または授乳中ですか      はい ( 妊娠中      ・ 授乳中 )      いいえ						

①当院をどのように知りましたか

ホームページ      SNS      他病院      紹介 (      様)      その他 (      )

②症状のある箇所に○印をしてください



③どのような症状でお困りですか

(      )

④いつ頃から症状がありますか

(      )

⑤症状の出たきっかけ原因は何ですか

(      )

※ 工作中・通勤中の方 → 労災申請の予定      あり・未定・なし

※ 交通事故の方 → 相手がいる      ・      いない

⑥今回の症状で他の医療機関を受診していますか

いいえ      はい ( 病院名：      ) 治療内容 (      )

⑦診察について希望をお聞かせ下さい

注射 【 ぜひしたい ・ できればしたくない ・ 絶対にしたくない ・ おまかせ 】

リハビリ 【 ぜひしたい ・ できればしたくない ・ おまかせ 】

⑧今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか

いいえ      はい ( 薬の名前：      食べ物：      )

⑨現在治療中または今までにかかった病気がありますか      いいえ

糖尿病      高血圧      腎臓病      肝臓病      脳疾患      心臓病      悪性腫瘍 ( 部位：      )

甲状腺      胃腸疾患      リウマチ      骨粗鬆症      痛風      喘息      その他 (      )

⑩過去に手術を受けたことはありますか

いいえ      はい ( 手術名：      )

⑪また、以下の医療機器が体内に入っていますか      いいえ

ペースメーカー      人工関節      脳動脈クリップ      心臓人工弁      その他 (      )

⑫現在服用中の薬がありますか？      ※お薬手帳をお持ちでしたら受付にお出してください

いいえ      はい ( お薬の名前・種類      )

