

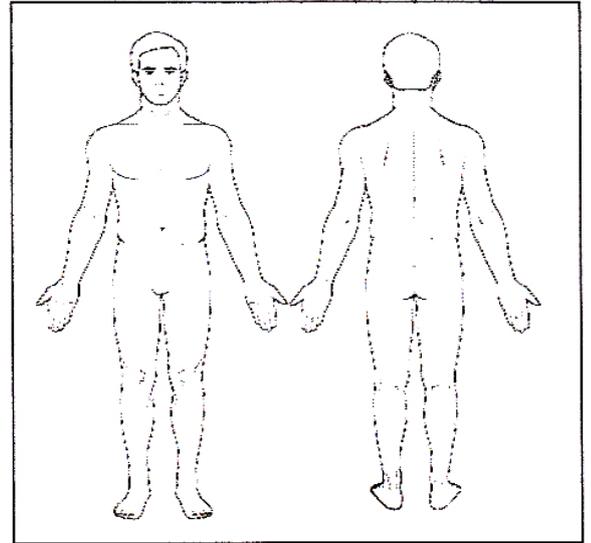
# 問 診 表

|       |        |
|-------|--------|
| 紹介状   | 持参フィルム |
| あり・なし | あり・なし  |

| 名 前  | 生年月日           | 性別     | 年齢 | 身長 | 体重 | 職業 |
|------|----------------|--------|----|----|----|----|
| フリガナ | T・S・H<br>年 月 日 | 男<br>女 | 才  | cm | kg |    |

| 郵便番号 | 住所 | 電話番号 | 携帯電話 |
|------|----|------|------|
| 〒    |    |      |      |

1. どのような症状で来院されましたか？  
痛い しびれる 腫れ 動きにくい  
その他 ( )
- \*症状のある部位はどこですか？  
頸部 (首) 背部 腰部 膝 (右・左)  
肩 (右・左) 足首 (右・左) その他→図へ
2. いつごろから症状は出てきましたか？  
 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 から  
 \_\_\_\_\_ ( 日・月・年 ) 前から
3. 症状が出たきっかけ・原因は何ですか？  
交通事故 工作中 スポーツ 転倒  
その他 ( ) 特に原因なし
4. 今回の症状で他の医療機関を受診されていればお答えください  
 ( ) 病院・医院  
 治療内容：投薬 注射 物療 その他 ( )  
 検査：レントゲン MRI その他 ( )
5. 現在治療中の病気があればお答えください  
高血圧 糖尿病 心臓病 (狭心症・不整脈など) 脳梗塞 腎臓病 喘息 胃潰瘍  
その他 ( ) 治療中の病気はない
6. 現在内服中のお薬があればお答えください (血液をさらさらにするお薬等)  
 薬剤 ( )
7. 過去に怪我や病気で入院したり手術を受けた事があればお答えください  
 手術名 ( ) : \_\_\_\_\_年 ( ) : \_\_\_\_\_年)
8. 薬や食べ物でアレルギーや副作用が出たことがあればお答えください  
ある：(薬 ) 食べ物 ( ) ない
9. 女性の方へ： 妊娠している可能性がありますか？  
はい いいえ
10. 当院を何でお知りになりましたか？  
知人 ( ) インターネット その他 ( )
11. 介護保険の認定を受けていますか？ ・要支援 ( ) ・要介護 ( ) ・受けていない



《症状のある部位に○をつけて下さい》

ご記入いただきましたこの問診表の個人情報は、診療録(カルテ)と同様に厳正に管理されます