

問診票

◎以前、当院で診療を受けたことがある場合は大きな4番までご記入ください。 記入日 平成 年 月 日

ふりがな		性別	男・女	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 (才)
お名前					
ご住所	〒			電話番号	— —

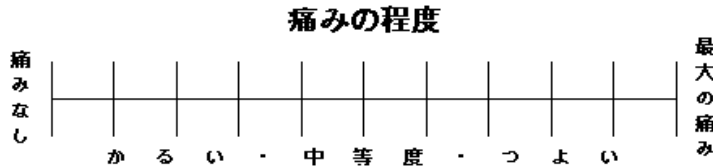
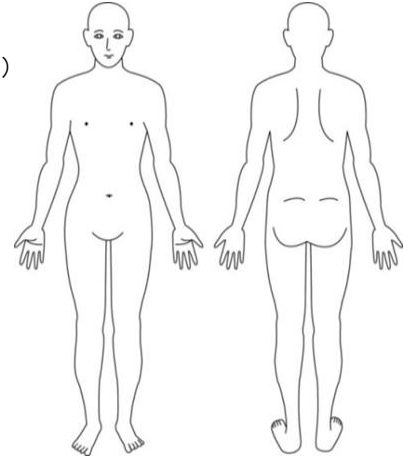
※未成年の方のみご記入ください

保護者様	電話番号 — —		(緊急の場合の連絡先)
------	----------	--	-------------

お手数おかけ致しますが、できるだけ詳しくお答えください。

1. 症状についてお答えください。

- いつ頃からですか？ () ■部位はどこですか？→右図記入 ()
- どのような症状ですか？
痛み 変形 腫れ しびれ その他 ()
- きっかけ、原因をご記入ください。
交通事故 工作中 通勤中 スポーツ中 思い当たらない
- その他 ()
- 痛みがある方は、痛みの程度を下記に○をつけてください。



2. 今回の症状で他の医療機関で治療を受けていますか？

- いいえ はい(病院・治療院名 ())

3. 女性の方へ 本日レントゲン撮影を行う場合があります。

- 現在妊娠中ですか？ はい いいえ ■現在授乳中ですか？ はい いいえ

4. 介護保険の要介護認定を受けている方へ。以下の該当する要介護度に○を付けてください。

- 要介護(1・2・3・4・5) 要支援(1・2)

5. 現在あるいは過去に、病気や怪我で手術や治療をしたことがありますか？

- 高血圧 糖尿病 心臓病 脳梗塞 胃潰瘍 不整脈 喘息 肝臓病
腎臓病 痛風 リウマチ その他 ()

6. 現在服用しているお薬はありますか？お薬手帳をお持ちの方はご提出ください。

- いいえ はい(お薬の名前: ())

また、薬や食品のアレルギーはありますか？

- いいえ はい (())

7. 下記のプログラムの中でご興味があるものがあればチェックをつけてください。

- スキンケア トレーニング 体の機能チェック 介護保険サービス その他 (())

8. 日頃されているスポーツがありましたらお答えください。

- 種目名(()) ■頻度・スポーツ歴(()) ■所属チーム(())

9. お仕事についてお答えください。

- 職業(())
 ■業務内容 デスクワーク 立ち仕事 重い物を持つ 中腰が多い 車の運転が多い 歩く事が多い その他(())

10. 当院に来院されたきっかけを教えてください。

- 家族 駅の看板(池ノ上or下北沢) ホームページ
チーム(()) 学校(())
友人のご紹介(()) 病院(())
医院前の置きちらし その他(())



ご回答ありがとうございました。
 ご記入が終わりましたらお手数ですが受付までお持ちください。