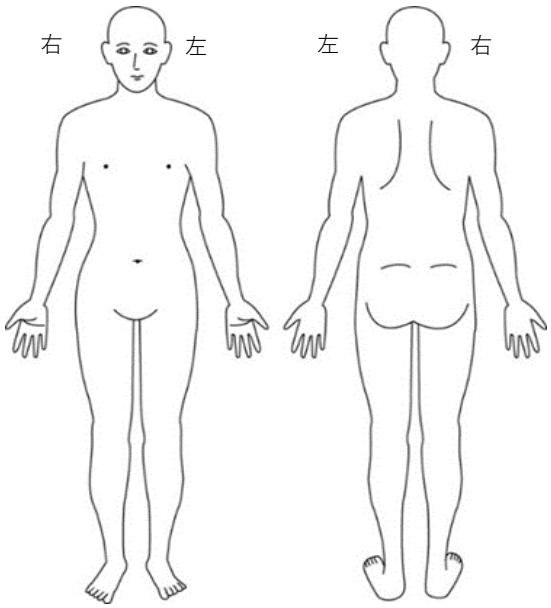
問診票

フリガナ		男･女	生年月日	大･昭･平･令 年　月　日 （　歳）
名前				
ご住所	〒　－		電話番号	
			携帯電話	
ご職業		介護認定を受けていますか？ 要支援（１ ２） 要介護（１ ２ ３ ４ ５） 不明		
スポーツ歴				

【1】どのような症状で来院されましたか？下図へ症状のある箇所へ〇をつけてください

□痛い　□しびれ　□腫れ　□違和感　□動きにくい
□その他（　）



【2】いつ頃からですか？（　）

【3】きっかけ、原因はありますか？
仕事中 ・ 通勤中 ・ 交通事故 ・ 学校で ・ スポーツ･ その他
理由:何をしていて
（　）

【4】他院からの紹介状などお持ちであればご記入ください
□ない　□紹介状　□画像データ　□検査結果

【5】現在この症状で治療をうけていますか？（ いいえ ・ はい ）
内容:（　）

【6】現在、内服中のお薬はありますか？
□ない　※ ある方はお薬手帳ご提示 or ご記載お願いします。
（　）

【7】現在治療中または今までにかかったことのあるご病気 or ケガがあれば〇で囲んでください。
□ない　･ぜんそく　･高血圧　･高脂血症　･糖尿病　･リウマチ　･脳こうそく
･痛風　･胃かいよう　･心臓病　･腎臓病　･肝臓病　･その他（　）

【8】手術をしたことはありますか？
□ない　□ある いつ（　）どのような（　）

【9】薬や食物に対してアレルギー(副作用)はありますか？
□ない　□ある（ 薬品名:　）

【10】女性の方へ
現在妊娠していますか？（ いいえ ・ はい ・ わからない ・ 可能性あり ）
または授乳中ですか？（ いいえ ・ はい ）

【11】当院をお知りになったきっかけに〇をつけてください
ホームページ ・ バス広告 ・ 知人からの紹介 ・ 他院からの紹介 ・ その他（　）

【12】ご希望される治療方法があればご記入ください
□お薬　□注射　□リハビリ　□骨密度　□PRP　□体外衝撃波

【13】マイナ保険証による服薬情報の取得に同意しますか？(いいえ･はい)
当院は診療情報を取得･活用することにより、質の高い医療の提供に努めていきます。
正確な情報を取得･活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。