

問診票

フリガナ				大・昭・平・令
名前		男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
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？		
スポーツ歴		なし / 要支援(1 2) / 要介護(1 2 3 4 5) / 不明		

【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○をつけてください

痛い しびれ 腫れ 違和感 動きにくい

【2】いつ頃からですか？()

【3】きっかけ、原因はありますか？

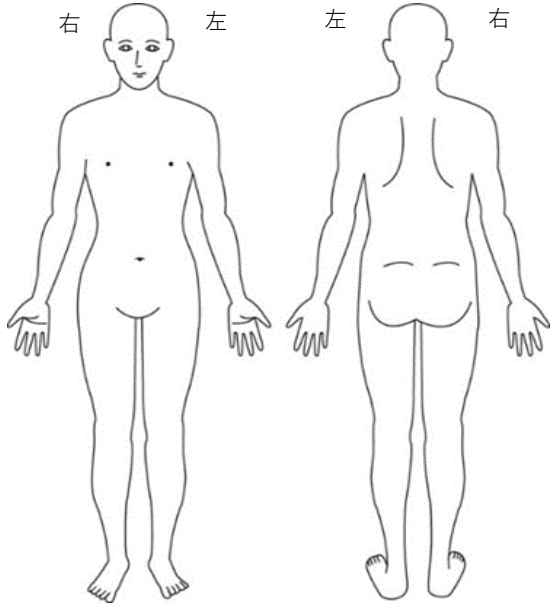
仕事中・通勤中・交通事故・学校で・スポーツ

[]

どのような時に症状がでますか？

(例)肩を挙げる時、前屈みの時、階段の昇り降りの時、歩いている時など

[]



【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】この症状で治療を受けたことはありますか？(いいえ・はい)

内容:()

【6】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

【7】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 ご記載をお願いします。

[]

【8】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○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()

【9】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)

【10】手術をしたことはありますか？

ない ある いつ () どのような ()

【11】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:)

【12】当院をお知りになったきっかけに○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 ()

【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)