

問診票

フリガナ		男・女	生年月日	大・昭・平・令	
名前				年	月
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？ なし / 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○をつけてください

☐ 痛い ☐ しびれ ☐ 腫れ ☐ 違和感 ☐ 動きにくい

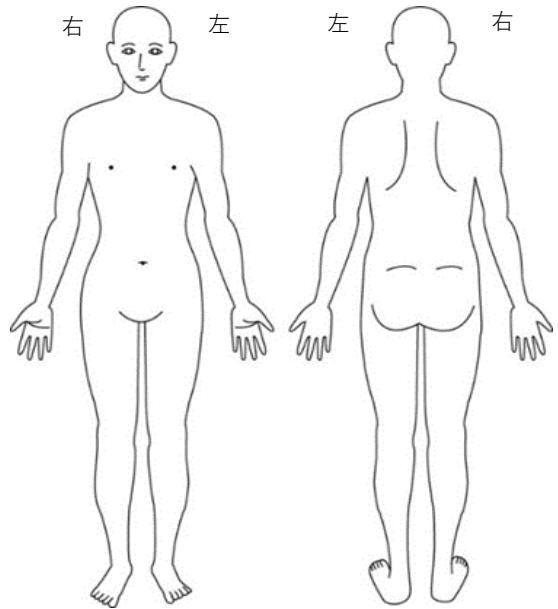
【2】いつ頃からですか？(年 月 日 ~)

【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

【4】どのような時に症状がでますか？

(例)肩を上げる時、前屈みの時、階段の昇り降りの時、歩いている時など



【5】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

【6】この症状に対し、どちらかで治療をうけたことはありますか？

☐ いいえ ☐ はい → (内容:

病院名:)

【7】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

【8】現在、内服中のお薬はありますか？

☐ ない ☐ ある → ☐ お薬手帳持参(受付へ提示) ☐ マイナンバー(受付で登録) ☐ アプリ(診察室で提示)

(※お薬手帳お忘れの方は記入をお願いします)

【9】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()

【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】手術をしたことはありますか？

☐ ない ☐ ある いつ () どのような ()

【12】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:)

【13】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()

【14】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。