

問診票

年 月 日

ふりがな		生年月日	(西暦で)※分からなければT/S/Hで
お名前・性別	様 (男・女)		年 月 日
ご住所	〒 ー ー	ご職業	
お電話	お電話 (ご自宅) ー ー (携帯) ー ー		
介護保険 有無	無 ・ 有 (要介護 ・ 要支援 ・ 申請中)		
※女性の方	現在、妊娠中ですか？ (いいえ ・ はい ・ 検討中) 現在、授乳中ですか？ (いいえ ・ はい)	※小児の方	体重： _____ k g

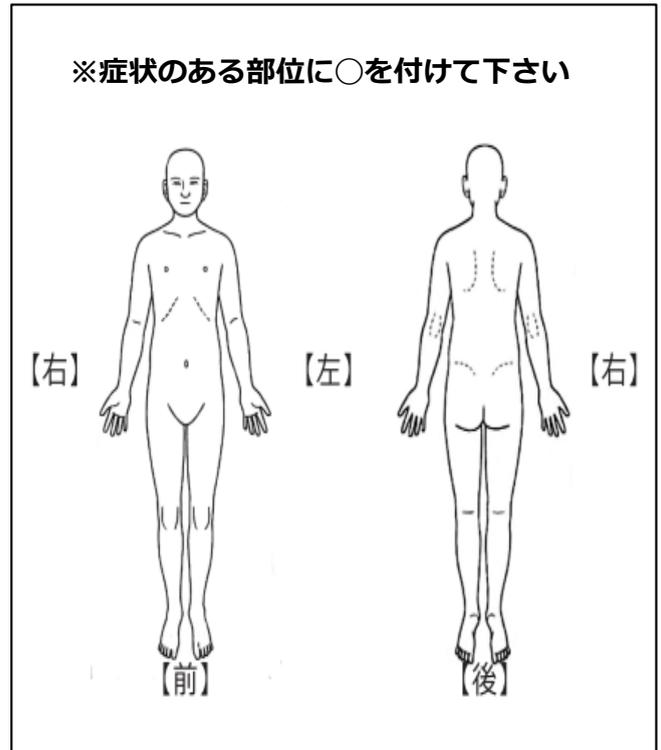
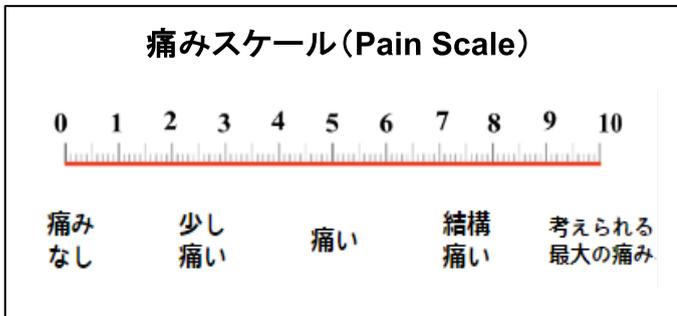
マイナンバーカードの健康保険証利用による情報取得に同意しますか？ いいえ ・ はい

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致します。

1. 現在の症状について、当てはまるものにチェックを付けて下さい。

- 痛み しびれがある 変形している
 腫れている 熱をもっている こわばる
 感覚がにぶい 歩きにくい 動かさにくい
 その他 (詳細： _____)

2. 今の痛みの状態について、当てはまる数字に○を付けて下さい。



3. 今回の症状が出現した時期は、いつ頃からですか？
(_____) ・ 不明

4. 思い当たる原因について、当てはまるものにチェックを付けて下さい。

- 転倒 交通事故(事故日： _____) スポーツ外傷 労災 (工作中/通勤途中) 日常生活
 不明 その他 (_____)

5.現在の症状について、どちらかで治療を受けましたか？ いいえ ・ はい

「はい」とお答えの方は、下記の詳細をご記入下さい。

受診医療機関名： _____

治療内容： _____

通院期間： _____

6.現在治療中、または過去に病気や手術をされた事がありますか？ いいえ ・ はい

「はい」とお答えの方は、当てはまるものにチェックを付けて下さい。

- 喘息 高血圧 糖尿病 痛風（高尿酸血症） リウマチ 心臓病 腎臓病
胃潰瘍 肝臓病 脳梗塞/脳出血 緑内障 前立腺肥大 骨折（金属有・無）
その他（ _____ ）

7.現在、何かお薬は飲んでいますか？ ※お薬手帳をお持ちでしたら受付に提出下さい。

いいえ ・ はい（詳細： _____ ）

8.薬や食べ物でアレルギー症状が出現したことはありますか？

「はい」とお答えの方は、どのような症状が出現したか詳細をご記入ください。

いいえ ・ はい（詳細： _____ ）

9.定期的に運動やスポーツはされていますか？

いいえ ・ はい（内容： _____ 頻度： _____ ）

10.当院についてどちらでお知りになりましたか？

- 通りがかり ネット検索 マップ検索 新聞/折り込み※詳細（ _____ ）
チラシ 紹介（他院/知人/家族） その他（ _____ ）

11.当院へご来院いただいた決め手を教えてください。※複数選択可

- 近所 駅チカ 予約が可能 ネット検索で上位に表示されたから
個別リハビリを受けられる 再生医療を受けられる 骨粗鬆症の検査が可能
電気治療が可能 評判が良いと聞いた 土曜日も診療している
その他（ _____ ）

12.興味のある治療及び検査を選択して下さい。当てはまるもの全てに☑を付けて下さい

- リハビリ 装具 インソール 骨粗しょう症検査 超音波検査 MRI検査
超音波治療 体外衝撃波 再生医療（PRP）
プラセンタ注射 ニンニク注射 強ミノ 高濃度ビタミンC 白玉注射 アルファリポ酸
インフルエンザワクチン ED治療薬

☆事前にお伝えしたい内容がございましたら、下記にご記入下さい。