

問診票

受診日 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日
お名前			年 月 日 () 歳
住所	〒		
電話	- -	携帯	- -
職業		学生	大学生・専門・高・中・小 () 年生・園児
スポーツ	種目 (回/週)	身長 () cm	体重 () kg

●現在の症状について教えてください

・どのような症状にお悩みですか？

・この症状が始まったのはいつからですか？

(年 月 日 頃)

・きっかけ、原因は何ですか？

・この症状で現在あるいは過去に治療を

受けた (下記も記入してください)

受けていない

病名

●上記以外の症状についてお聞かせください

・現在治療 (内服・注射等) 中、または、指摘された病気がありますか？

リウマチ 喘息 糖尿病 高血圧

胃・十二指腸潰瘍 脳梗塞・脳出血

がん (部位:)

骨折 (部位:)

肝臓病 腎臓病 ペースメーカー

その他 ()

・過去に手術を受けたことがありますか？

いいえ

はい (病名:)

*お薬手帳をお持ちの方は問診票と一緒に提出ください

●たばこは吸われますか？

いいえ

はい

●お酒は飲まれますか？

いいえ

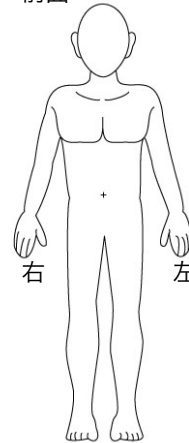
はい

●以下のうち、どれにあてはまりますか？

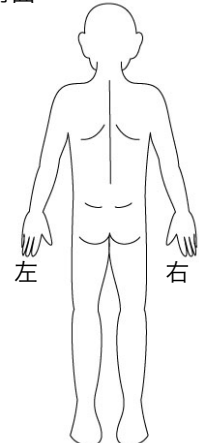
工作上・通勤上 ⇒ 労災申請のご予定 : あり・なし

●具合の悪い部分に○をつけてください

前面



背面



●アレルギーについて教えてください

・薬または金属のアレルギーはありますか？

ない

ある (名前:)

●女性の方のみお答えください

・妊娠中ですか？ はい いいえ 不明

・授乳中ですか？ はい いいえ 不明

●介護保険の認定を受けていますか？

いいえ

はい (下記に○をつけてください)

要支援: 1・2

要介護: 1・2・3・4・5

*通所リハビリ・デイケア等をご利用の方はご利用施設名等をご記入下さい。

()

●保険証のコピーを取らせていただくことに同意していただけますか？

同意する

同意しない