

# 問診表

記入日 令和 年 月 日

フリガナ		生年月日	T・S・H・R	年齢	才	性別	男・女
氏名		年 月 日	年 月 日	年齢	才	性別	男・女
		身長	cm	体重	kg		
住所				Tel			
勤務先				Tel			
勤務先住所							

上記の太枠は必須項目になりますので、ご記入お願い致します。

◎いつ頃から症状が出てきましたか？ 日付またはいつ頃かを記載してください。  
 日付( )・ 日位前 ・ 週間前 ・ か月前 ・ 年前

◎どのような症状ですか？  
 痛い・しびれる・腫れている・変形している・動きが悪い・力が入らない  
 その他( )

◎どちらに症状がありますか？ 場所を記載して下さい。  
 例：首のあたり、右人差し指、左のお尻から太ももにかけてなど  
 ( )

◎思い当たる原因はありますか？  
 いいえ ・ はい( )

◎今回の症状で、他の医療機関で治療を受けましたか？  
 いいえ ・ はい( )

◎どのような治療を受けましたか？  
 お薬 ・ 注射 ・ リハビリ ・ その他( )

◎薬や注射でアレルギー症状(発疹や気分不快など)を起こしたことはありますか？  
 いいえ ・ はい( )

◎今までに大きなケガ・病気・手術をしたことはありますか？  
 いいえ ・ はい( )

◎治療中の病気はありますか？または、病気を指摘されたことはありますか？  
 いいえ・はい(□糖尿病 □高血圧 □不整脈 )

◎女性の方に伺います。現在、妊娠されている可能性はありますか？ ない・ある

◎40歳以上の方に伺います。介護保険の認定を受けていますか？ いいえ ・ はい

◎前の質問で「はい」とお答えになった方に質問致します。  
 通所リハビリテーションなどに通われていますか？ いいえ ・ はい

◎薬手帳をお持ちの方はコピーさせていただきますので、ご用意ください。