

問診票

記入日 令和 年 月 日

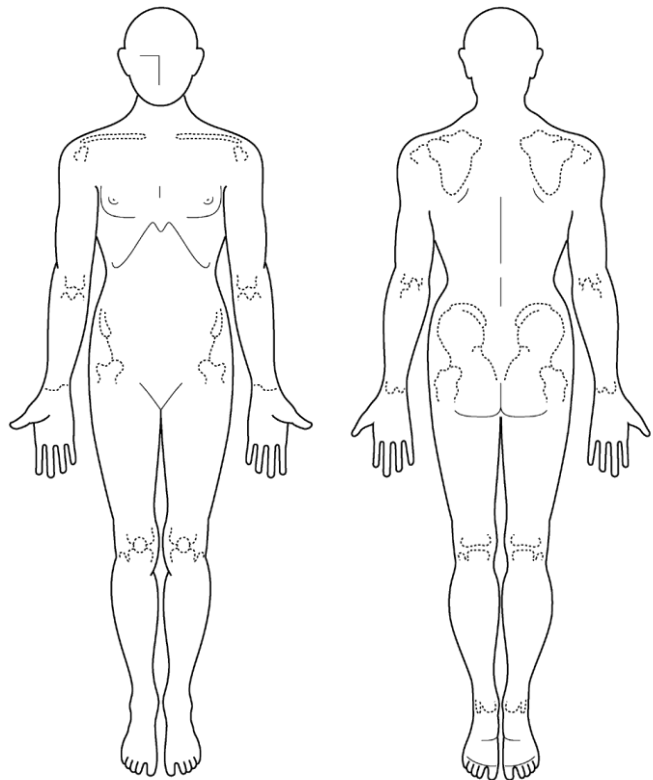
フリガナ		生年月日	T・S・H・R			年齢	性別	男・女
氏名			年	月	日			
		身長			cm	体重		
							kg	
住所					Tel			
勤務先					Tel			
勤務先住所								

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。

◎どちらに・どのような症状がありますか？ 部位と症状を記載して下さい。

(痛い・だるい・違和感がある・動かすと痛い・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、など)

例：首のあたりが重だるい、右肘の外側が動かしたときに痛む、など



◎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

◎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()

(裏面へ続く)

◎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()

◎手術などで体内に金属が入っていますか？

いいえ ・ はい(ペースメーカー 脳動脈瘤のクリップ その他)

◎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 その他)

◎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

◎お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。