

問診票 記入日 令和 年 月 日 初・再

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

1 症状のあるところに○を付けてください。(右図)

2 どの様な症状ですか。

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

その他 ()

3 いつ頃からですか？()

4 思い当たる原因はありますか？

いいえ ・ はい()

5 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 (医療機関名:)

6 どのような治療を受けましたか？

お薬 ・ 注射 ・ リハビリ ・ 手術

その他()

7 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()

8 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()

9 現在治療中または、過去にかかった病気はありますか？

いいえ・はい(糖尿病 高血圧 心臓病 腎臓 肝臓 喘息 認知症 うつ

ペースメーカーあり・なし 脳動脈瘤のクリップ その他()

10 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

11 骨粗鬆症を原因とする転倒や骨折、寝たきり予防の為、50 歳以上の方には骨密度検査をおすすめしております。

骨密度検査を (・希望する ・希望しない ・最近検査を受けた ・治療をしている)

12 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。

当院は診療情報取得・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。

マイナ保険証をご利用の方は診療情報の取得に同意しますか？ いいえ ・ はい

