

問診票

(ID:) お薬手帳 (あり・アプリ手帳・なし・お忘れ)

フリガナ	男	生年	大 昭				
氏名	女	月日	平 令	年	月	日	歳
〒				携帯			
住所				自宅			
施設入所の方は施設名:							
介護保険: なし・あり (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)				身長 cm・体重 kg			
妊娠: していない・可能性がある・している (ヶ月)				出産歴: あり・なし			
職業: (治療の参考にするので仕事内容を詳しくお書きください)()							

①症状はいつ頃からですか (○/○頃、1ヶ月前、1年前等具体的に)

症状のある部位に○をつけて下さい (2カ所まで)

から

②症状を○で囲んで下さい

・痛む・はれている・しびれている

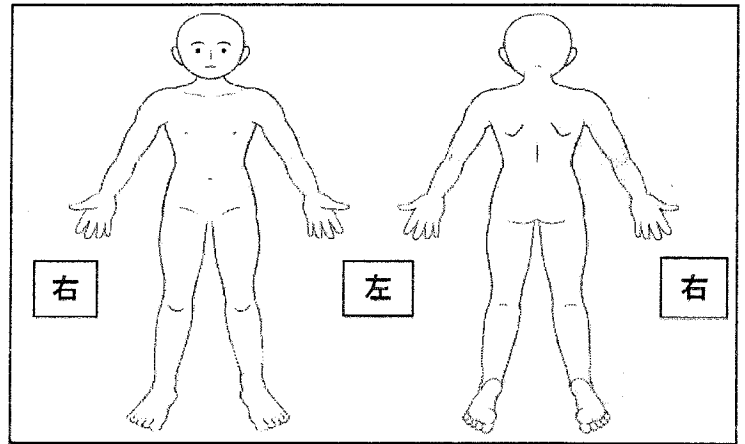
・その他 ()

③思い当たる原因はなんですか?

④今回の症状で他院に通院していますか

はい・診療所・整骨院 (自費・保険)

いいえ



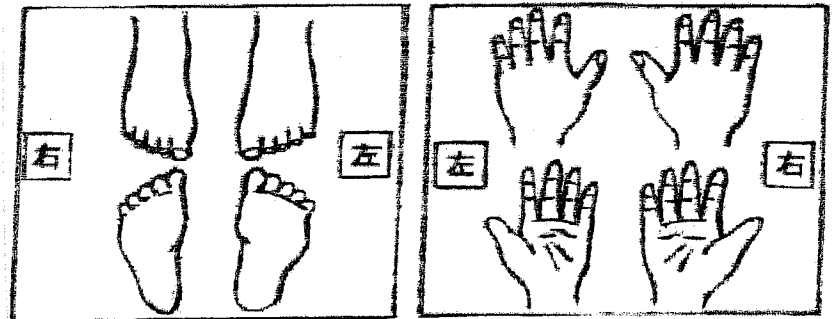
⑤現在のスポーツ (年)

⑥今回の治療は以下に当てはまりますか

交通事故 労災 いいえ

⑦リハビリを希望しますか

はい・いいえ・必要あれば



⑧治療中の病気はありますか

糖尿病・高血圧・高脂血症・ぜんそく・その他 ()

いいえ

⑨現在飲んでいる薬はありますか

はい ()

いいえ

⑩薬や食物によるアレルギーはありますか

はい ()

いいえ

⑪今までに大きな病気や手術を受けたことはありますか

はい (何歳頃:) どんな病気・手術 ()

いいえ

⑫初診の方へ 当院を何で知りましたか

家族・知人の紹介 広告 ホームページ その他 ()

以上です。ありがとうございました。(医) とよかわ整形外科リハビリクリニック