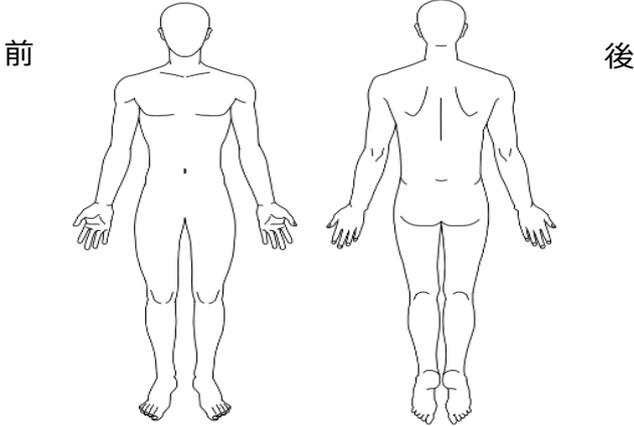


# 問診票

|      |     |  |  |      |       |   |   |
|------|-----|--|--|------|-------|---|---|
| フリガナ |     |  |  | 生年月日 |       |   |   |
| 名前   |     |  |  | 大・昭  | 年     | 月 | 日 |
|      |     |  |  | 平・令  | ( ) 歳 |   |   |
| ご住所  | 〒 — |  |  | 性別   | ご職業   |   |   |
|      |     |  |  | 男・女  |       |   |   |
| 電話番号 | ( ) |  |  | 携帯番号 | ( )   |   |   |
| 身長   | cm  |  |  | 体重   | kg    |   |   |

▼該当するものに☑を入れてください

|   |  |
|---|--|
| <p><b>1 どのような症状で来院されましたか？</b><br/> <input type="checkbox"/>痛み <input type="checkbox"/>しびれ <input type="checkbox"/>腫れ<br/> <input type="checkbox"/>その他 ( )</p> <p><b>3 症状のはいつごろからでていますか？</b><br/>         約 ( ) 日・週間<br/>         約 ( ) ヶ月・年 前から</p> <p><b>4 原因は何ですか？</b><br/>         (該当するものに1つ選んでください)<br/> <input type="checkbox"/>特に原因なし <input type="checkbox"/>交通事故 <input type="checkbox"/>工作中的受傷<br/> <input type="checkbox"/>その他 ( )</p> | <p><b>2 症状の部位に○を付けてください</b></p> <div style="text-align: center;">  <p>前 <span style="float: right;">後</span></p> </div> |
| <p><b>5 今までに大きな病気をしたり、入院や手術を受けたことはありますか？</b> <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある</p> <p>①時期 ( 年 月 日) 病名・手術内容 ( )</p> <p>②時期 ( 年 月 日) 病名・手術内容 ( )</p>  |  |
| <p><b>6 現在、下記の病気で治療を受けていますか？</b></p> <p><input type="checkbox"/>糖尿病 <input type="checkbox"/>高血圧 <input type="checkbox"/>高脂血症 <input type="checkbox"/>肝炎 <input type="checkbox"/>胃潰瘍 <input type="checkbox"/>緑内障 <input type="checkbox"/>リウマチ <input type="checkbox"/>歯科治療<br/> <input type="checkbox"/>その他 ( )</p>  |  |
| <p><b>7 現在、常備している薬やサプリメントはありますか？</b><br/> <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある ※お薬手帳をお持ちでしたら受付にご提示下さい。</p>   |  |
| <p><b>8 お薬や注射・食物で異変が起こったことはありますか？</b> <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある</p> <p>①薬・注射・食物名 ( )</p> <p>②どんな症状？ ( )</p>   |  |
| <p><b>9 現在、妊娠している可能性はありますか？</b> <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある</p>   |  |
| <p><b>10 現在、授乳中ですか？</b> <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p>  |  |
| <p><b>11 介護保険はお持ちですか？</b> <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある</p> <p>要支援( 1・2 ) 要介護( 1・2・3・4・5 )</p>  | <p><b>12 他院でリハビリを行っていますか？</b><br/> <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある</p>   |
| <p><b>13 症状がよくなったらやりたいことはありますか？</b> ( )</p>   |  |
| <p><b>14 当院をお知りになった、きっかけは何ですか？</b></p> <p><input type="checkbox"/>インターネット <input type="checkbox"/>セミナー <input type="checkbox"/>看板 <input type="checkbox"/>バス広告 <input type="checkbox"/>チラシ <input type="checkbox"/>家族・友人・知人の紹介<br/> <input type="checkbox"/>Youtube <input type="checkbox"/>インスタグラム <input type="checkbox"/>他の医療機関からのご紹介<br/> <input type="checkbox"/>その他 ( )</p>   |  |

※ 当院では労災保険、自賠責保険の取り扱いはしておりません。途中からの変更もいたしかねますのでご承知おきください。