

# 問診票

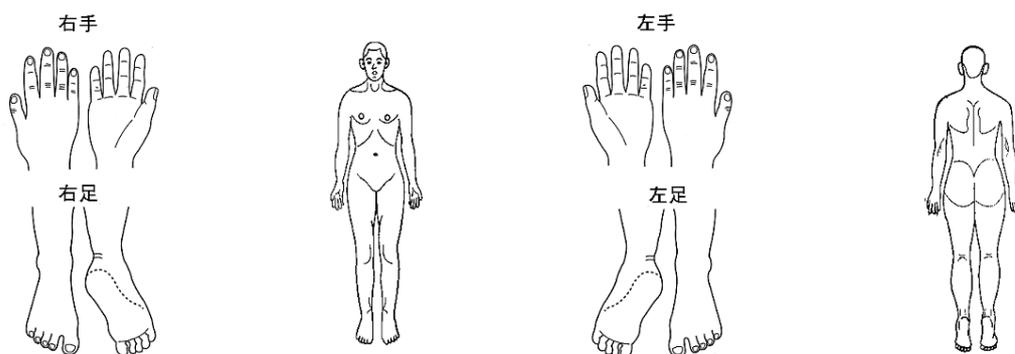
ID:

日付

ふりがな		生年月日	年齢
お名前	(男・女)	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日	歳
ご住所	〒	電話番号	
		携帯電話	
職業			

★下記の項目に関して、わかる範囲でお書き下さい。

- ①症状はいつからありますか？ \_\_\_\_\_ 日・週・ヶ月・年]程前から  
 ②痛い箇所に○をつけて下さい。



- ③きっかけはありましたか？ [何もない ・ \_\_\_\_\_ (をした)後から]  
 ④どのような症状ですか？ [痛む ・ しびれる ・ その他 \_\_\_\_\_ ]

痛みがある場合はどの程度痛みますか？○をして下さい。(0はなし、10はすごく痛む)



- ⑤今回の症状は (交通事故 労災 その他) によるものですか  
 ⑥現在かかっている病気や以前病気をしたこと(かかった病気)があれば教えてください  
心疾患 高血圧症 高脂血症 糖尿病 脳梗塞 腎臓病  
肝臓病 喘息 閉塞性動脈硬化症 その他 ( \_\_\_\_\_ )  
 ⑦お薬や食べ物アレルギーはありますか？ [いいえ ・ はい ]

薬品名・食べ物[ \_\_\_\_\_ ]

- ⑧現在、お薬は飲んでいますか？ [いいえ ・ はい ]  
 薬名[ \_\_\_\_\_ ]

- ⑨希望する検査はありますか？ [レントゲン 血液検査 骨密度]  
 ⑩希望する治療はありますか？ [投薬 ブロック注射 関節注射 点滴 リハビリ]  
 ⑪介護保険はお持ちですか [いいえ ・ はい ]  
 ⑫女性の方にお尋ねします。

現在、ご妊娠中である可能性はありますか？ [いいえ ・ わからない ・ はい]

