

患者番号：

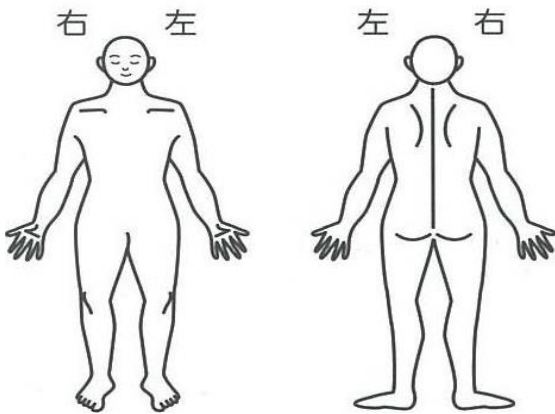
問診票

記入できる範囲で結構ですので太枠内をご記入ください。

診察日	年 月 日		
フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和・平成
氏名	男・女		年 月 日 (歳)
携帯電話	()	自宅	()
住所	〒 -		

< 症状についてお答えください >

●診察を希望する部位に○をしてください



身長 cm / 体重 kg

●どのような症状ですか

痛い ・ しびれ ・ はれ ・ 違和感
その他 ()

●いつごろからですか

今日 ・ 昨日 ・ それ以前 (月 日)

●症状はいつ起こりますか

常にある ・ スポーツや運動時
寝ている時 ・ 起床時 ・ ときどき

●原因にころあたりはありますか

・なし
・あり (下の空欄へ具体的にご記入ください)

交通事故 ・ 労災 ・ 学校での受傷

< 下記の質問にお答えください >

●持病はありますか (例：高血圧、糖尿病、うつなど)

いいえ ・ はい 病名： _____

●内服中の薬がありますか (お薬手帳をお持ちでしたらご提出ください)

いいえ ・ はい 薬品名： _____

●ステロイドの薬を使用していますか

いいえ ・ はい

●抗凝固剤の薬を使用していますか

いいえ ・ はい

●薬で副作用が出たことがありますか

いいえ ・ はい (薬品名： _____)

●麻酔で気分が悪くなったことはありますか

いいえ ・ はい

●リハビリを希望しますか

希望する ・ 必要なら希望する ・ 希望しない

●女性の方のみお答えください

・妊娠中ですか

いいえ ・ はい

・授乳中ですか

いいえ ・ はい

●介護認定は受けていますか

いいえ ・ はい【要介護・要支援(等級: _____)】

当院は何で知りましたか	ホームページ ・ FaceBook ・ ブログ ・ 看板 ・ サンケイリビング ・ 講習会/セミナー 紹介【 <input type="checkbox"/> 知人 _____ 様 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 他院 <input type="checkbox"/> その他 () 】
-------------	--

リハビリに関する質問	理学療法士のご指名はありますか 特になし ・ ある _____ PT
------------	------------------------------------

ご記入ありがとうございました
お手数ですが、こちらの問診票を受付までお持ちください