

患者番号： 3000

問診票

職員用	新患・再初診・別部位	問診	受付

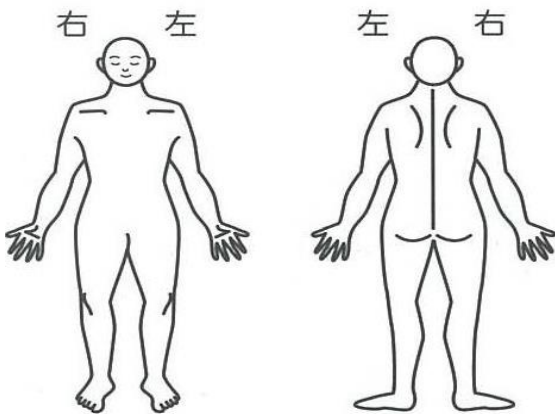
記入できる範囲で結構ですので、太枠内をご記入ください。

ホームページ印刷用

診察日	年 月 日		
フリガナ		生年月日	大正・昭和・平成・令和
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 >

●持病または既往歴はありますか (例：高血圧、糖尿病、うつなど) (過去の病気、けが、手術等を含む)

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

●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・看板・NTT東日本関東病院・ドクターズファイル・書籍・週刊新潮 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へご提出ください