

# 問 診 票

ホームページ用

※太枠内をわかる範囲でご記入ください

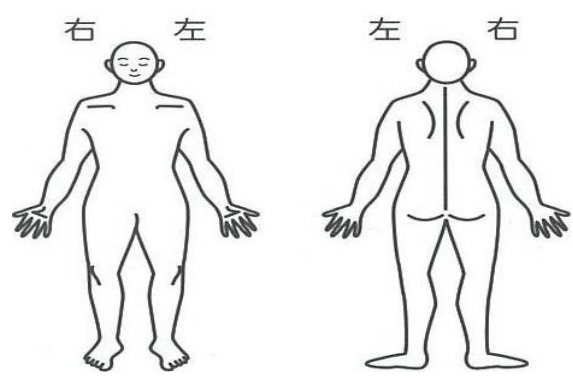
職員記入欄	入力	問診	確認
	新患	再初診	別部位

ID:

※未成年の方は自宅または家族の電話番号もご記入ください

診察日	年	月	日						
フリガナ				生年月日	1明 3昭	2大 4平	年	月	日
氏名				男・女					
電話番号	自宅:	携帯:(ご本人)			(保護者)				
住所	〒 —								

診察を希望の部位に①～③をご記入ください



身長	cm	体重	kg
右記に該当する方は し印をつけてください		<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 労災(通勤災害含) <input type="checkbox"/> 学校での受傷	
●同じ症状で他院を受診されたことはありますか 病院:			
期間: 現在加療中 年 月頃から 年 月まで			

部位	①	②	③
いつから	<input type="checkbox"/> 今日 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> それ以前( )	<input type="checkbox"/> 今日 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> それ以前( )	<input type="checkbox"/> 今日 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> それ以前( )
痛み	原因 ( )	原因 ( )	原因 ( )
	症状 <input type="checkbox"/> 痛い( <input type="checkbox"/> 安静時 <input type="checkbox"/> 動作時 ) <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> 変形	症状 <input type="checkbox"/> 痛い( <input type="checkbox"/> 安静時 <input type="checkbox"/> 動作時 ) <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> 変形	症状 <input type="checkbox"/> 痛い( <input type="checkbox"/> 安静時 <input type="checkbox"/> 動作時 ) <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> 変形
	動作 [その他] 何をしたら上記症状が出ますか	動作 [その他] 何をしたら上記症状が出ますか	動作 [その他] 何をしたら上記症状が出ますか

●既往歴をお持ちの場合はご記入ください なし 高血圧 喘息 心臓系 糖尿病 痛風  
 ※過去の病気、ケガ、手術等も含みます その他 ( )

- 現在服用されている薬はありますか なし ある( )
- 薬で副作用が出ることはありますか なし ある( )
- 麻酔で気分が悪くなったことはありますか なし ある( )
- 妊娠の可能性はありますか なし ある( )
- 現在授乳中ですか 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	<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> FaceBook <input type="checkbox"/> ブログ <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> サンケイリビング <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> ある _____PT

※スポーツをされている方は、スポーツ問診票もご記入ください