

問診票

ホームページ用

診察日： 年 月 日

患者ID：200

職員記入欄	入力	問診	確認
	新患	再初診	別部位

フリガナ：

1明 2大 3昭 4平 5令

氏名： 男・女

生年月日： 年 月 日（ 歳）

〒 ー

電話番号： 自宅

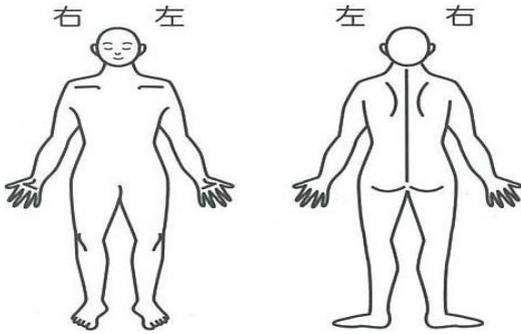
住所：

携帯

(保護者)

※未成年の方は保護者欄に電話番号をご記入ください

●診察を希望の部位に○印を付けてください



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			

●下記欄（太枠内）に希望部位の詳細をご記入ください

部位	①	②	③
いつから	年 月 日頃	年 月 日頃	年 月 日頃
原因	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
症状	<input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 違和感 <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> 変形	<input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 違和感 <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> 変形	<input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 違和感 <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> 変形

備考			
職員記入欄			

●持病または既往歴はありますか いいえ・はい（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] 上記以外である方はご記入ください

●現在服用されている薬はありますか いいえ・はい（ ）

●副作用が出たことはありますか いいえ・はい（ ）

●麻酔で気分が悪くなったことはありますか いいえ・はい（ ）

●女性の方へ質問です 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： ）

→リハビリは行っていますか いいえ・はい

●当院は何で知りましたか ホームページ・FaceBook・ブログ・看板・サンケイリビング新聞・講習会、セミナー
紹介【知人 _____様・家族・他院・その他（ ）】

●リハビリを行う場合に、（理学(PT)、作業(OT)）療法士のご希望はありますか いいえ・はい（ ）

※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