

ID: _____

フリガナ	男 女	生年月日	
お名前		昭・平・令	年 月 日 (歳)
ご住所 〒		自宅電話	
		携帯電話	
*未成年者の方 保護者のお名前 (フリガナ)、携帯電話 ()		身長 cm	体重 kg
当院を何でお知りになりましたか？ <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 近所なので <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 知人からの紹介(紹介者:) <input type="checkbox"/> その他 ()			

1 どのような症状で来院されましたか？

痛い しびれる 腫れ 動きにくい その他 ()

2 部位はどこですか？ 右絵に○を付けてください⇒

頸椎(首) 背部 腰椎 膝 (右・左)
肩(右・左) 足首(右・左) その他→右図へ

3 いつごろからですか？

(年 月 日) から

4 症状が出たきっかけ・原因は何ですか？

交通事故 工作中的の怪我 スポーツ 転倒
その他 () 特に原因なし

5 今回の症状で他の医療機関を受診していれば
お答えください。

(ない

治療内容 : 投薬 注射 物療 その他 ()
 検査 : レントゲン MRI その他 ()

6 現在治療中の病気があればお答えください。

高血圧 糖尿病 心臓病(狭心症・不整脈など) 脳梗塞
腎臓病 喘息 胃潰瘍 その他 ()
現在内服中の薬(有・無) 治療中の病気はない

7 過去に病気や手術を受けた事があればお答えください。

(病名・手術名:) いつ頃: ない

8 薬や食べ物でアレルギーが出たことがあればお答え下さい。

ある: 薬 () 食べ物 () ない

9 趣味・健康目的で何か運動(スポーツ)されていればお答え下さい。

種類 () 頻度 (回/週・月)

10 現在、お仕事はされていますか？

はい (内容: デスクワーク 営業 立ち仕事 その他:) いいえ

11 女性の方へ: 妊娠している可能性がありますか？

はい いいえ

ご記入いただきましたこの問診表の個人情報、診療録(カルテ)と同様に厳正に管理されます。

※ 介護保険を使って介護サービスやリハビリをおこなっている場合はお知らせください



