

ID:

記入日:

問診票

□内服なし □薬情あり □薬情忘れ

フリガナ				男女	生年月日	大・昭・平・令	
氏名				男女	生年月日	年 月 日 (才)	
住所	〒						
電話番号	携帯				自宅		
身長/体重	cm /			kg	職業		

1:いつ頃からお困りですか

2:発症原因に心あたりはありますか

□不明 □転倒 □打撲 □捻挫

〔 年 月 日〕頃から

□仕事中(労働災害あり・なし) □スポーツ()

□交通事故(診断書:□要 □不要)

痛みなし

想像できる最も激しい痛み

3:どのような症状ですか

□痛い

痛みの程度



(線上に×印を記入)

0

5

10

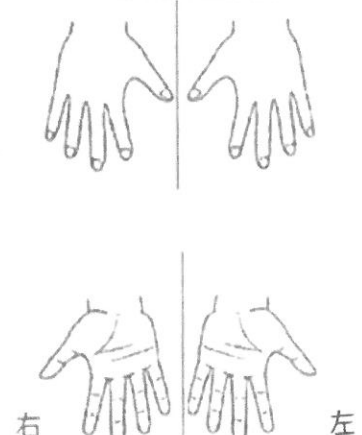
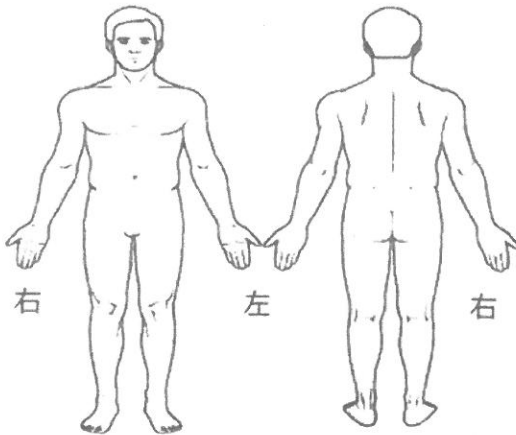
□しびれ

□腫れ

□動かしにくい

□その他()

4:症状のある部位はどこですか 図に○をつけてください



5:現在の症状で他の医療機関・整骨院で治療を受けましたか

□いいえ

□はい

(医療機関名:)

6:歯医者などで麻酔を使用した治療で気分が悪くなったことはありますか?

□いいえ

□はい

7:薬や食べ物のアレルギーはありますか

薬:□いいえ □はい(薬剤名:)

食べ物:□いいえ □はい(食品名:)

8:現在治療中の病気はありますか

□いいえ

□はい(医療機関名:)

お薬手帳:□あり □なし

□喘息 □高血圧 □高脂血症 □糖尿病 □緑内障 □痛風 □心疾患 □肝臓病

□腎臓病 □胃腸病 □その他()

9:過去に手術歴はありますか □いいえ □はい(病名:)

(医療機関名:)

10:女性の方のみお答えください

現在妊娠中もしくは可能性がありますか □いいえ □はい 授乳中ですか □いいえ □はい

11:介護認定は受けられていますか?

□いいえ

□はい → (介護度: 要支援[1・2]・要介護[1・2・3・4・5])

(事業所名:)

ケアマネージャー:)

※当院は何で知りましたか □紹介(家族・知人・医療機関) □ホームページ □近所 □看板を見た

□通りがかり □その他()