

# 問診票

フリガナ		男	生年月日	大・昭・平
氏名		女		年 月 日 ( 才 )
住所	〒			
電話番号	自宅		携帯	
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  スポーツ ( )

交通事故 ( 診断書: 要 不要 )

痛みなし

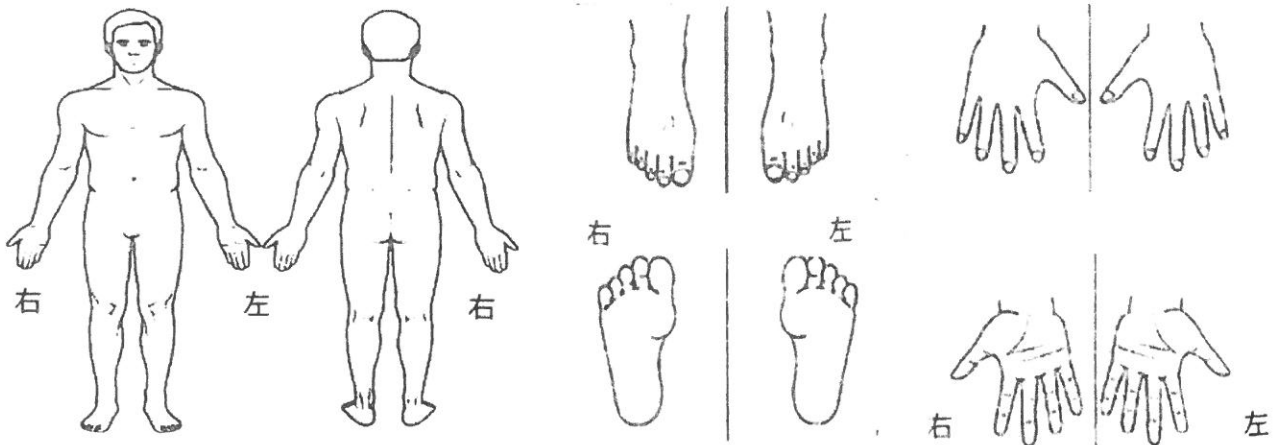
想像できる最も激しい痛み

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  動かみにくい  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: 診察で希望されることはありますか

注射  レントゲン  血液検査  MRI  その他 ( )

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: )

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: 現在内服中の薬はありますか  いいえ  はい (医療機関名: )

お薬手帳:  あり  なし ※お持ちの方は受付にお出し下さい

10: 過去に手術歴はありますか  いいえ  はい (病名: ) (医療機関名: )

9: 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

10: 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: )