問診票

記入日　　年　　月　　日

ふりがな　　大・昭・平　　年　　月　　日

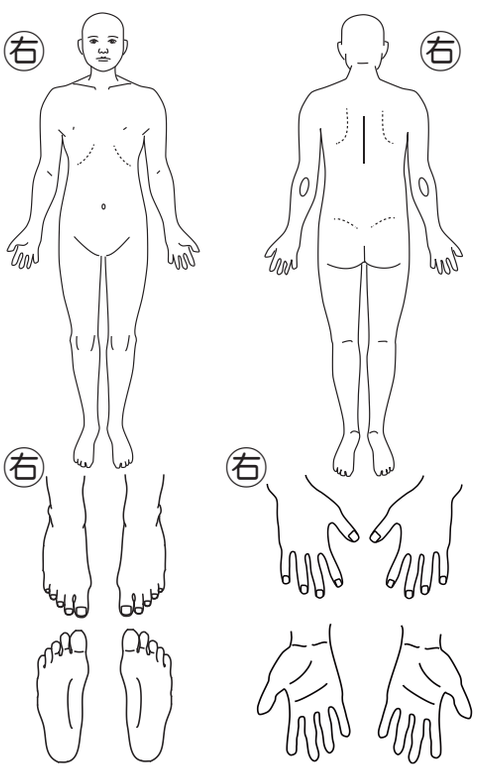
氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　男・女　　年齢　　歳

〒

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　携帯番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

1. 今日は、どのような症状で診察を受けられますか？



どの部位を？　（右図に○印をご記入ください）

症状：ケガ・痛み・しびれ・その他（　　）

いつ頃から？　　年　　月　　日頃
又は、（　　）年・月・日前

原因は？　交通事故・通勤中のケガ・仕事中のケガ・
学校でのケガ・その他（　　）

2. それらの症状に対して治療をしたことがありますか？

（いいえ・はい）『はい』と答えた方のみご記入ください。

どこで？　当院・他院（　　病院・医院）・整骨院

どんな説明を受けましたか？（　　）

どんな検査を受けましたか？　レントゲン・MRI・血液検査・その他（　　）

どんな治療を受けましたか？　投薬・リハビリ・注射・手術・その他（　　）

＜裏面もご記入ください。＞

3. 生活習慣病と痛みの発症や持続には関連があるといわれています。

① 最近の体重の変化はありますか？ （　　ヶ月前より　　kg 増えた・減った）

② 現在の仕事をご記入ください。 （力仕事・車によく乗る・デスクワーク・立ち仕事・
事務仕事・学生・主婦・その他＜良ければ具体的にご記入ください。＞　　）

③ アルコールを飲みますか？ （毎日飲む・時々飲む・やめた・飲まない）

④ 食事について：よく食べる方ですか？ （はい・普通・いいえ） 食欲は？ （ある・ない）

⑤ 運動の習慣はありますか？ （ほとんどない・ある＜週・月に（　　回）・ほとんど毎日＞）

⑥ 健康診断で異常を指摘されたことはありますか？ない・ある（　　）

4. 診断・治療についてご記入ください。

① 注射や薬でアレルギー反応を起こしたことがありますか？ （いいえ・はい）

『はい』と答えた方のみご記入ください。
どのような症状でしたか？ かゆみ・発疹・気分不良・ショック・その他（　　）

薬の名前または、種類（　　）

② その他診察や治療に関して希望することをご記入ください。
（　　）

5. 介護保険認定を受けていますか？ いいえ・はい（要支援・要介護）

6. 病気について、ご記入ください。

① 生活習慣病（糖尿病・高血圧・高脂血症）をお持ちですか？
（いいえ・あるが治療はしていない・あり治療＜投薬を含む＞を受けている）

② その他の病気をお持ちですか？ （いいえ・あるが放置している・軽快した・治療中）

①と②で投薬・治療中の方のみご記入ください。
どんな治療？（　　）投薬内容（　　）

7. ＜女性の方のみ＞ 現在妊娠の可能性はありますか？ （ない・ある・わからない）

授乳中ですか？ （はい・いいえ）