

No \_\_\_\_\_

問診票

令和 年 月 日

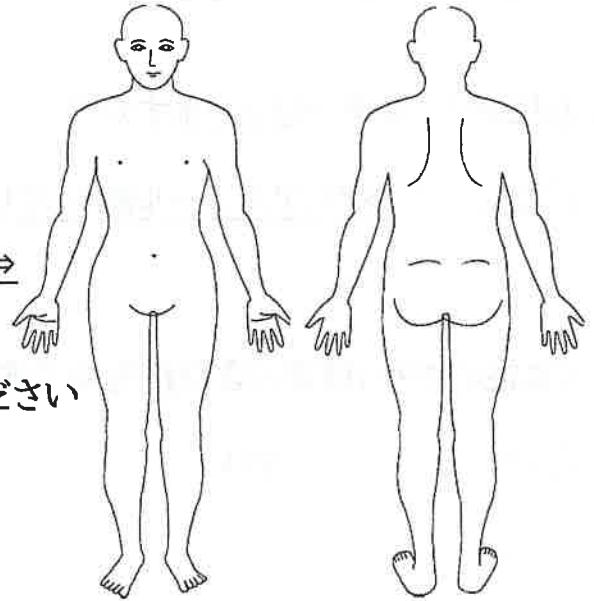
氏名 \_\_\_\_\_

ご職業/学年: \_\_\_\_\_

1. 症状についてお聞きします

①どの部位ですか？

診察希望される部位を、右図に○をつけてください⇒



②どのような症状ですか？下記に○をつけてください

1 いたみ 2 しびれ 3 はれ 4 動きが悪い

5 その他 ( \_\_\_\_\_ )

③いつからありますか？

・今日 ・昨日 ・\_\_日前～

・\_\_週間前～ ・\_\_ヶ月前～ ・\_\_年前～

④症状が出たきっかけはありますか？例：転んだ、ひねった、工作中、など具体的に

ある( \_\_\_\_\_ ) わからない

⑤どのような姿勢や動作で症状が強くなりますか

( \_\_\_\_\_ )

2. 現在治療中、または今までにかかったことのある病気や怪我はありますか？

なし あり( \_\_\_\_\_ )

3. 内服中のお薬はありますか？(お薬手帳をお持ちの方は受付に提出してください)

なし あり( \_\_\_\_\_ )

⇒⇒⇒⇒⇒裏面へつづきます

4. 体の中になにか金属は入っていますか？(ペースメーカー、人工関節など)

なし あり( \_\_\_\_\_ )

5. なにかアレルギーはありますか？

なし あり(アルコール綿/くすり \_\_\_\_\_ /食べ物 \_\_\_\_\_ /花粉 /その他 \_\_\_\_\_ )

6. (女性の方へ)妊娠および授乳中ですか？

いいえ はい

7. 希望されることがありますか？(薬・レントゲン・注射・リハビリ・骨密度測定・診断書など)

( \_\_\_\_\_ )

8. 介護保険の認定を受けていますか？

認定を受けている方は下記介護度に○印をつけてください

なし あり→ 要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。  
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。  
マイナ保険証による診療情報の取得に同意しますか？下記に必ず○をつけてください。

同意する

同意しない

個人情報保護法に基づき、ご提供頂いた情報は診察・健康管理の目的以外に使用することはありません