

ID: \_\_\_\_\_

# 問診票

平成： 年 月 日

(フリガナ)	
お名前：	性別： 男・女
生年月日：大正・昭和・平成 年 月 日生 ( ) 才	
住所： 〒	
電話番号： ( )	携帯番号： ( )
介護認定： なし・あり ( 要介護 級、 要支援 級 )	

・ 受診したい部位を教えてください。そこは、どういう症状ですか？

(例) 腰が痛く、右あしの後ろがしびれている (例) 右足の外側がはれている

・ いつ頃から症状がありますか？ (例) ○○年○月○日○時頃 (例) 昨日の夜

・ 原因は何だと思われますか？ (例) 交通事故 (例) 道で転んだ (例) 不明

・ 今回の症状で他院にかかりましたか？ どういう治療をしましたか？

(例) ○○病院で1週間前に膝に注射をした (例) △△病院で湿布をもらった

・ お望みの治療がありますか？

(例) 膝の水を取ってほしい (例) AKA治療がしたい (例) お任せします

(例) 痛み止めのお薬がほしい (例) リハビリがしたい

・ 過去になった大きな病気や手術を教えてください。

病名と病気になった年月：

治療した病院：

・ 現在治療中の病気や、内服しているお薬はありますか？

・ お薬でアレルギーがありますか？それは、どんなお薬ですか？

・ 喘息がありますか？ ( はい いいえ )

・ ペースメーカーを使用していますか？ ( はい いいえ )

・ 妊娠をされていますか？ ( はい いいえ )

・ 授乳中ですか？ ( はい いいえ )

・ 現在入院中ですか？ ( はい いいえ )

紹介状・MRI画像・レントゲン画像・お薬手帳などがありましたら、受付に提出して下さい