

一般問診票

(フリガナ)	年齢	性別	身長	体重
お名前			cm	kg

●紹介状や他院からのCD-R、レントゲンフィルム、お薬手帳をお持ちの方は受付にご提出ください

- お工作中、通勤途中、交通事故での受診ですか？ ☐いいえ ☐はい
 ○再診の方は住所や電話番号などの変更がありますか？ ☐いいえ ☐はい
 ○医療関係者ですか？

☐いいえ ☐はい【具体的に:

○特定の医師、理学療法士の診療をご希望で来院されましたか？

☐いいえ ☐はい【

○よろしければ当院にお越しいただいた理由をお聞かせください

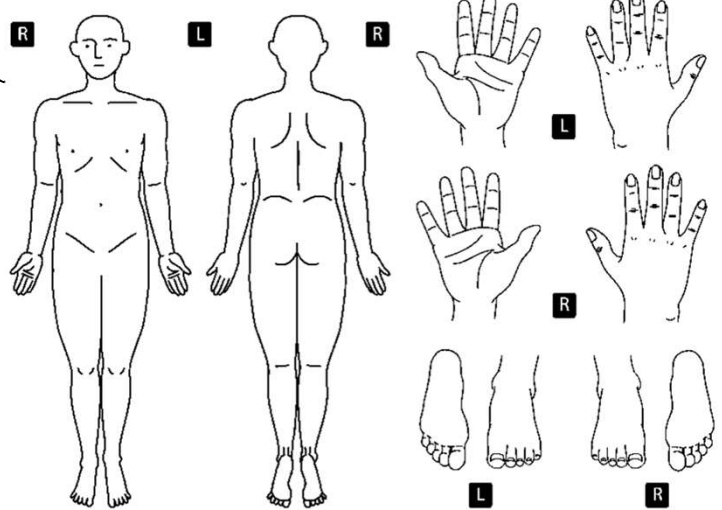
☐他院からの紹介 ☐知人からの紹介 ☐ご家族からの紹介 ☐インターネット ☐その他

○今日はどうされましたか？

・いつから 年 月 日頃～

・ (日・週・月・年)前～

(どこがどのように具合が悪いかご記入ください)



○現在されている仕事・スポーツ・運動習慣

○検査や治療についてご希望はありますか？(複数選択可)

☐レントゲン ☐CT・MRI ☐骨密度検査 ☐保存療法(薬・湿布・注射)
☐リハビリ ☐手術相談 ☐体外衝撃波 ☐他院へ通院したが症状が改善しない

○アレルギー症状を起こしたことがありますか？

☐無 ☐有 →薬【 】食べ物・果物【 】金属・ゴム製品

○注射・麻酔で気分が悪くなったことがありますか？

☐無 ☐有 →【薬剤名:

○現在内服中の薬剤について

☐無 ☐有 →【

※本日、お薬手帳をお持ちでしたら受付にご提出ください

○今までかかったことがある病気、現在治療中の病気を○で囲んでください

高血圧・高脂血症・糖尿病・喘息・胃腸の病気・肝臓の病気・心臓の病気
 肺の病気・甲状腺の病気・脳の病気・目の病気・悪性腫瘍・腎臓の病気・シャント
 歯の治療中または治療予定・ペースメーカー、除細動器を使用・ステント留置・脳動脈クリップ
 その他【
 手術歴【

○女性の方へ ※妊娠中、またはその可能性がありますか？授乳中ですか？

☐はい ☐いいえ

○介護保険の認定を受けていますか？

☐いいえ ☐はい → 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5

ご記入ありがとうございました。