

問診票

年 月 日

フリガナ			生年月日		性別	
お名前			年	月	日	男 女
現住所	(〒 - -) 都 道 府 県					
電話番号	-	-	職業	身長	cm	体重 kg

●本日は下記のいずれをご持参されましたか

健康保険証 マイナンバーカード保険証 その他()

●他の医療機関からの紹介状はお持ちですか

いいえ はい()

●他に通院している病院(リハビリ含む)や整骨院はありますか

いいえ はい()

●女性の方、現在妊娠中もしくは妊娠の可能性はございますか

いいえ はい

●介護保険の介護認定を受けており、介護保険にてリハビリを行っていますか

(※介護認定を受けている方はリハビリの有無に関わらず、介護認定に☑もお願いします)

認定を受けていない 認定を受けているが、リハビリを行っていない 認定を受けており、リハビリも行っている
介護認定の種類 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5

今回の診療は次の項目に該当しますか

労災申請中・予定 交通事故
第三者による加害

時期 ()

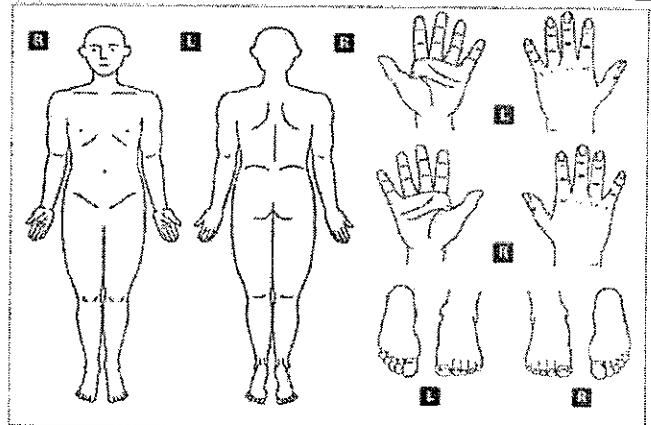
症状 痛み しびれ はり・こり 腫れ
その他 ()

症状が出た原因はございますか

()

今回の症状で治療を受けたことはございますか

()



※ 症状のある部位を図に示してください

現在治療中の病気はございますか

いいえ はい ⇒ 高血圧 糖尿病 高脂血症 腎臓病 喘息 貧血 痛風
脳梗塞 心疾患 腎疾患 肝疾患 その他 ()

現在使用しているお薬などはございますか

いいえ はい ⇒ ()

過去に病気やケガで手術受けたことはございますか

いいえ はい ⇒ ()

お薬や麻酔などでアレルギーや副作用が出たことはございますか

いいえ はい ⇒ ()

☆喫煙歴についておしえてください

煙草 : 吸う または 過去に吸っていた (1日 本を 年間) ・ 吸わない

スポーツ歴をお聞かせください

種目 頻度 年数

検査・治療に関してご要望はございますか

飲み薬 湿布・塗り薬 注射 リハビリ 骨粗鬆症の検査 リウマチの検査 再生医療 (PRP、培養幹細胞療法)