

問診票

* 太枠内をご記入ください

西暦 2024 年 月 日

カルテNO

ふりがな		性別	生年月日	※12歳以下の方
氏名		男 女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	体重 kg
住所	〒	ご職業		医療証 あり・なし
電話番号	()	介護認定 ※40歳以上の方		
緊急連絡先	()	続柄【 】	(なし ・ 要支援 ・ 要介護)	

■本日、症状のある部位はどこですか？ 右下の絵にも○をつけてください

右の } 首・肩・腰・膝・足・手
左の } その他【 】

■いつからですか？

【 】

■どのような症状ですか？

【 】

■原因はありますか？

いいえ はい【 】

■交通事故や労災のおケガですか？

いいえ 交通事故 労災【業務中・通勤中】 未定

■今回の症状に関して、他の医療機関で治療を受けていますか？

いいえ はい 紹介状【あり・なし】 CD【あり・なし】

医院・接骨院名【 】

■今までにかかった病気や、治療中の病気があればチェックしてください

なし 喘息 心臓病 高血圧 腎臓病 人工透析 その他

肝臓病 糖尿病 緑内障 胃腸病 血液病 悪性腫瘍

人工関節 前立腺肥大症 じんましんなどのアレルギー疾患

手術・けが【 】

■今までに注射や薬などで湿疹ができたり具合が悪くなったことがありますか？

いいえ はい【 】

■現在飲んでいる薬はありますか？

いいえ はい お薬手帳【なし・あり】⇒ありの方は、受付でお預かりさせていただきます

※なしの方や、スマホアプリでお持ちの方は、下にご記入ください

お薬【 】

■現在妊娠または妊娠している可能性がありますか？

いいえ 可能性がある している(月) 授乳中

■通所リハビリをしていますか？ いいえ はい

■現在、お一人暮らしですか？ いいえ はい

■最終受付時間より遅く来院された場合は、診察はお受けできませんのでご了承ください。