

問診票

記入日 年 月 日

氏名	男・女	生年月日
住所 〒	TEL: - () -	
施設入所の場合：施設名称 _____		
付添い： <input type="checkbox"/> 施設職員 <input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> その他		

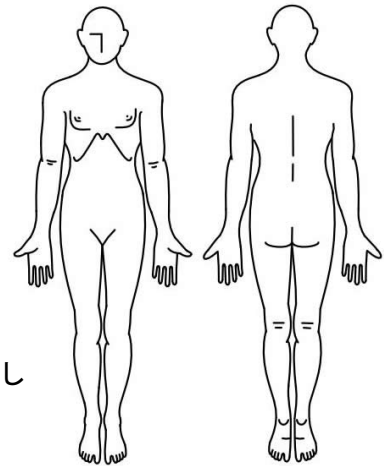
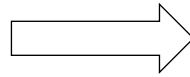
1. 今日はどのような症状で来院されましたか？

- 痛み しびれ 腫れ 動きにくい
 その他 ()

2. いつ頃から症状は出てきましたか？

_____ から

3. 症状のある部位を右の図に記入してください。



4. 症状が出たきっかけ・原因はなんですか？

- 転倒 工作中 スポーツ 交通事故 特に原因なし
 その他 ()

5. 今回の症状で他の医療機関を受診されていますか？ はい いいえ

はい とお答えの方 → 紹介状・画像 あり なし

医療機関名 ()

6. 現在治療中の病気があればお答えください。

- 高血圧 糖尿病 心臓病 脳梗塞 腎臓病 喘息 胃潰瘍
 高脂血症 その他 ()

7. 過去にけがや病気で手術を受けたことがありますか？

- ある 手術名 () 手術年月日： ()
 手術名 () 手術年月日： ()
 特になし

8. 現在内服している薬がありますか？ はい いいえ

お薬手帳を持参されましたか？ はい いいえ

9. 薬・食べ物・金属でアレルギーはありますか？

- ある 薬 () 食べ物 ()
 なし

10. 女性の方のみお答えください。

妊娠中、または妊娠の可能性はありますか？ いいえ はい

授乳中ですか？ いいえ はい

中学生以下の受診には保護者同伴が必須となり、診察終了までご同席ください。
 ご不在の場合、医師の判断にて治療を中止いたします。