

問 診 票

(フリガナ)

氏 名：_____ 生年月日：_____年 _____月 _____日 年齢：_____歳

姿勢：1日 _____時間以上、立位・座位 でのことが多い。具体的な活動 (_____)

職業：_____ 立ち仕事・座り仕事・力仕事 _____ スポーツ歴：_____

(※過去5年以上続けたものも含む)

(※過去5年以上続けたものも含む)

身長：_____ cm 体重：_____ kg 体温：_____ . _____ °C

症状のある部位に○を付けてください

1. あてはまる症状に○を付けてください

痛み しびれ 腫れ 転倒
ぶつけた ひねった その他 (_____)

2. (痛み、しびれ、等の場合) どんな時に感じますか?

(_____)

3. 痛みの強さはどのくらいですか?



(※0 (痛みなし) から10 (耐えられない痛み) までの線に○を付けてください。)

4. いつからですか?

本日から 昨日から
_____日・_____週間・_____ヶ月・_____年前から

5. 思い当たる原因はありますか?

(_____) ・ 交通事故 ・ 工作中

6. この症状に対して検査・治療を受けたことがありますか?

ない ある

病院名：_____ 治療内容：_____

7. 現在治療中、あるいはかかったことのある病気やケガはありますか?

ない ある

高血圧 糖尿病 心疾患 不整脈 脳疾患 胃・十二指腸潰瘍 腎疾患
痛風 肝炎 肺結核 ぜんそく 歯の治療 その他 (_____)

8. 現在服用されている薬がありますか?

ない ある

9. お薬手帳・他院からの検査データ等がありますか?

ない ある※提出お願いします。

10. 手術を受けたことがありますか?

ない ある

年 月 病名：_____ 病院名：_____

年 月 病名：_____ 病院名：_____

11. 体内に金属(ペースメーカー含む)が入っていますか?

ない ある

(_____)

12. アレルギーはありますか? (薬・食べ物・ゴム製品 等)

ない ある

(_____)

13. 麻酔(歯科麻酔含む)で気分を悪くしたことがありますか?

ない ある 経験がない

14. (女性の方へ) 現在妊娠中・授乳中ですか? いいえ はい

15. (女性の方へ) 出産経験がありますか? いいえ はい

16. その他、特にお話しておきたいことがございましたらご記入ください。

(_____)

17. 本日もご希望の内容があれば○を付けてください。

レントゲン ・ 薬 ・ 湿布 ・ 骨粗しょう症検査(骨密度) ・ リハビリ ・ その他 (_____)

18. 当院の事を何でお知りになりましたか?

(_____)