

# 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 ・ 仕事中

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 ※提出をお願いします。

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. 喫煙歴、飲酒歴はありますか?

なし ・ 喫煙歴 本/日、 年 ・ 飲酒歴 本/日、 日/週

17. 本日まで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?

( \_\_\_\_\_ )