問　診　票

ふりがな		１５歳以下の方は体重をご記入ください
氏 名		Kg

1. いつからの症状ですか？

2. 原因は何ですか？

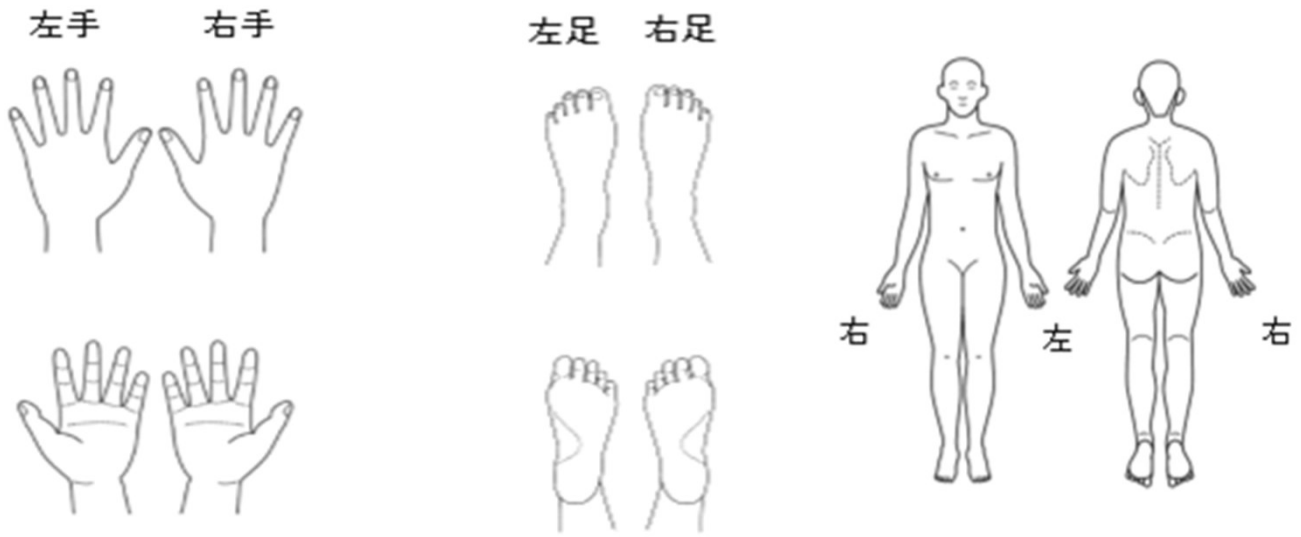
☐ 特になし　☐ 交通事故　☐ 労災事故

☐ スポーツ　☐ 転倒した・捻った　☐ その他(　　)

3. 本日はどのような症状で来院されましたか？

☐ 痛い　☐ しびれる　☐ 腫れている　☐ 切った　☐ その他

4.症状のある部位はどこですか　図の中に〇をつけて下さい



5. 骨粗鬆症の検査をご希望されますか？　いいえ　：　はい

6. 今回の症状で他の医療機関を受診したことがありますか？

☐ いいえ　☐ はい→(医療機関名:　・整骨院)

7. 現在、治療中の病気がありますか？

☐ いいえ　☐ はい(下記から選んで下さい)

☐ 喘息　☐ 高血圧　☐ 心臓病　☐ 脳梗塞　☐ 腎臓病　☐ 糖尿病　☐ 肝臓病

☐ その他（　　）

8. 現在、内服しているお薬はありますか？

☐ いいえ　☐ はい **(お薬手帳は受付にお出し下さい)**

お薬手帳のない方は薬の名前をご記入下さい

9. 手術を受けたことはありますか？

☐ いいえ　☐ はい→(どこの手術ですか？　　)

10. 薬でアレルギー症状がでたことがありますか？

☐ いいえ　☐ はい→薬名(　　)　症状:

11. 女性の方へおたずねします。

＊現在妊娠中、または妊娠の可能性がありますか？　☐ いいえ　☐ はい(妊娠　週目・わからない)

＊授乳中ですか？　☐ いいえ　☐ はい

12. 現在、介護保険の認定をうけていますか？

☐ いいえ　☐ はい→☐ 要支援１・２　☐ 要介護１・２・３・４・５

当院をどちらでお知りになりましたか？　☐インターネット　☐知人の紹介　☐病院の紹介　☐看板　☐通りがかり　☐チラシ　☐新聞　☐雑誌　☐かかりつけ　☐その他(　　)

ご記入ありがとうございました。お手数ですが受付までご提出ください。