

ふりがな	生年月日	年齢	性別	身長	体重	職種
氏名	昭平 年 月 日	歳	男・女	cm	kg	
住所 〒 -	連絡先		☑携帯(- -)			
			☑自宅(- -)			
勤務先・学校名			☑勤務先等(- -)			

◆当院は初めてですか? はい・いいえ ※初診の方や新たな症状でご来院の方は診察まで1~2時間程かかる場合がございます。

◆普段、運動はされていますか? はい(運動の種類・程度等:)・いいえ

右記は平成28年4月から重要な項目になりました。
40歳以上の方は再診の方も必ずご記入ください。

◆介護保険の認定を受けていますか? はい いいえ

要介護 1・2・3・4・5
 要支援 1・2

通所リハビリ・デイケア等をご利用の方はご利用施設等をご記入ください。

◆今までにアレルギー反応の出た食べ物・注射・薬剤(湿布等も含む)等(蜂や虫等もあれば)はありますか? はい いいえ

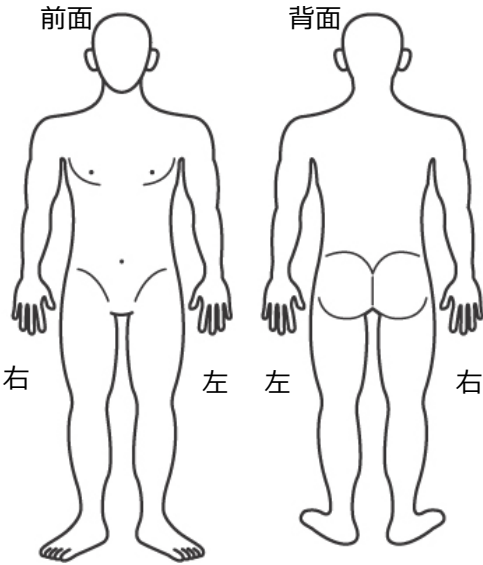
注 射 : _____
 薬・湿布 : _____
 金 属 : _____
 食 べ 物 : 鶏卵・乳製品・小麦・ナッツ・木の実類・果物・魚肉・魚卵・魚介類・エビ・カニ・甲殻類・ソバ・大豆・肉類・野菜・イカ・タコ・軟体類
 その他 : _____

◆【女性の方のみご回答ください】 現在、妊娠中・妊娠の可能性、または授乳中ですか?
 はい 妊娠(月) 妊娠の可能性ある 授乳中 いいえ

◆症状についてお尋ねします。お分かりになる範囲でご記入ください。

◎いつ頃からですか? _____

下図で、症状のある部位を○で囲んでください



◎きっかけはありますか?
 工作上・通勤上 (労災申請のご予定: あり・なし)
 交通事故 (事故日: 年 月 日) (保険会社へのご連絡: 未・済)
 ※上記2つに該当する場合は問診票提出時に受付にお声かけください。
 学校行事・通学中
 スポーツ [種目: _____] 右利き/左利き
 その他 [_____] 不明

◎どのような状況でしたか? 捻ったりしましたか?

◎どのような症状ですか? 今現在、“しびれ”等がありますか?

◎今回の症状で他の医療機関を受診しましたか?
 はい (_____) 病院・医院・クリニック・整骨院 いいえ
 治療内容: 手術 投薬 注射 リハビリ
 その他 (_____)

◆治療に必要な情報になりますので、下記の質問にお答えください。

◎現在治療中の病気がありますか?
 高血圧 糖尿病 心臓病 脳梗塞 腎臓病 喘息 透析 胃潰瘍 いいえ
 B型肝炎 C型肝炎 その他 (_____)

◎過去にけがや病気で手術を受けたことがありますか? (手術の時期・内容等ご記入ください)
 はい _____ いいえ

◎現在、内服している薬がありますか? ※お薬手帳をお持ちの方は問診票と一緒にご提出ください。
 はい _____ いいえ

◆その他、特記事項やご要望の検査などがございましたらご記入ください。

骨密度 MRI リハビリ 手術 注射による治療 その他 (_____)

◆来院の動機

紹介 (学校顧問 病院・クリニック トレーナー 当院スタッフ)
 口コミ インターネット チラシ その他 (_____)