

ふりがな	生年月日	年齢	性別	身長	体重	職種
氏名	大平 昭令 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						
◆【40歳以上の方はご回答ください】介護保険の認定を受けていますか? □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が出たことがあれば教えてください(該当するものに○) □いいえ 注射・薬・湿布・金属・その他 →具体的な名称が分かればご記載ください: 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						
◆治療に必要な情報ですのでご回答ください ※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						
○現在治療(内服・注射等)中、または、指摘された病気がありますか? □いいえ □高血圧 □高コレステロール・高脂血症 □糖尿病 □心臓病 □脳梗塞 □腎臓病 □喘息 □透析 □B型肝炎 □C型肝炎 □胃潰瘍 □骨粗鬆症 □痛風 □関節リウマチ □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?(手術の内容・時期等が分かれば併せてご記入ください) □はい [ ] □いいえ						
◆【女性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(ヶ月) □妊娠の可能性ある □授乳中 □いいえ						

◆今回ご受診される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。

○以下のうち、どれにあてはまりますか?

□ 仕事上・通勤上 ⇒ 労災申請のご予定 : あり・なし

□ 交通事故 (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必ずお声かけください。

□ 学校行事・通学中

□ スポーツ中 { 種目 : 右利き/左利き }

□ その他 { }

○いつ頃からですか? □不明

{ }

○どのようなきっかけですか?(ぶつけた・ひねった等) □不明

{ }

○どのような症状がありますか?(しびれ、痛み、熱感等)

{ }

○今回の症状で他の医療機関を受診しましたか? □いいえ

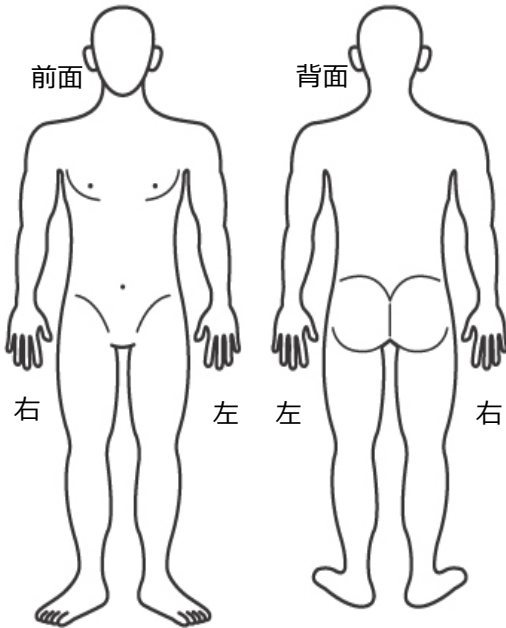
{ }

□ はい ( )

治療内容: □手術 □投薬 □注射 □リハビリ

□その他 ( )

下図で、症状のある部位を○で囲んでください



◆その他ご希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 □他病院・クリニック □トレーナー等 □当院スタッフ)

□ココミ □インターネット □チラシ □その他 ( )