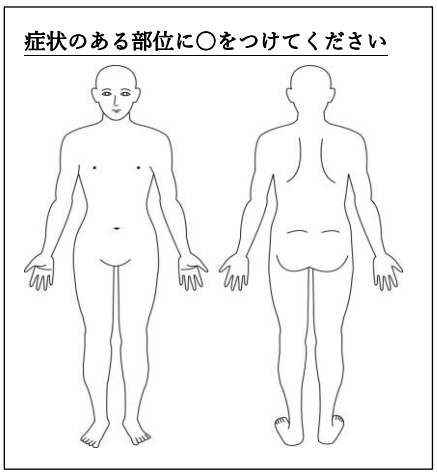
問診票

受診日：令和　　年　　月　　日　　ID:　　来院時体温：　　℃



フリガナ

氏名：　　年令：　　才

生年月日：大正・昭和・平成・令和　　年　　月　　日

住所：

ＴＥＬ：(自宅)

(携帯)

職業：□デスクワーク　□重労働　□軽作業　□その他(　　)

身長:　　ｃｍ　体重:　　ｋｇ

来院時血圧：　　/　　ｍｍHg　心拍数：　　回　(自動血圧計で測定お願いします)

① どのような症状がありますか？(　　)

いつからでしょうか（　　年　　月　　日）

思い当たる事はありますか（場所、受傷機転など御記載下さい）

(　　)

(　　)

どの様な時､症状が出現しますか（　　）

③ 運動習慣　□あり（　　）　□なし

④ 既往歴　　□あり　　□なし

□高血圧 □高脂血症 □糖尿病 □脳疾患 □心疾患 □腎疾患 □その他（　　）

年　　月　病名：　　病院名：

年　　月　病名：　　病院名：

⑤ 通院中の御病気はありますか　□あり　□なし(病名：　　)

⑥ 内服中のお薬はありますか　　□あり　□なし（薬手帳をお持ちの方：受付に御提出下さい）

⑦ 薬や注射のアレルギーはありますか　　□あり(薬剤：　　)□なし

⑧（介護認定を受けている方：介護度を御記載下さい）

□要支援１　□要支援２ □要介護１　□要介護２ □要介護３ □要介護４ □要介護５

⑨　介護保険によるリハビリを受けていますか？(例：デイケア、訪問リハビリ等)

□受けている（施設名：　　）□受けていない

⑩〈女性の方〉現在妊娠されていますか

□していない　　□可能性がある　　□している(　　カ月)　　□授乳中

⑪ 診療や治療を受ける上で御希望されることはありますか？（例：注射希望/リハビリ希望など）

(　　)

※「個人情報保護法」に基づき適切に管理し医療目的のみに利用させて頂きます。※医師の指示のもと先にレントゲン撮影を行う場合があります。
※患者様の健康のため診察、リハビリ前に血圧、熱などお身体の状態を確認します。

※仕事中、交通事故での受傷の方：受付時に申し出下さい

（申し出のない場合、支払変更出来ない事があります）

御協力誠にありがとうございました　　しすい整形クリニック