

ID _____

問診票

交通事故	はい・いいえ
労災	はい・いいえ
紹介状	はい・いいえ
CD-R	あり・なし

フリガナ: _____

お名前: _____ (男・女) 年齢 _____ 職業 _____

生年月日: 大正・昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所: 〒 _____

※紹介状・CD-R等持参の方は
事前に受付に提出してください

電話番号: _____ (_____) _____

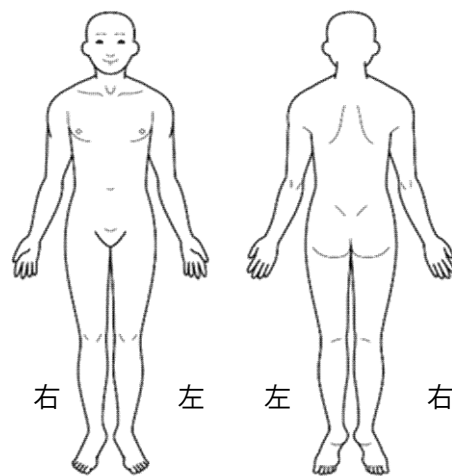
★マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか: はい・いいえ

★本日は何科に受診しますか: 整形・内科(月AM・火・水・土)

★いつから症状がありますか: 【 _____ 年 _____ 月 _____ 日】

★症状は何ですか ※右記に詳細をご記入ください

- 痛い しびれ 腫れ 動かしにくい
- 熱感
- 腹痛 下痢 吐き気 おう吐 頭痛
- その他 (_____)



※具合の悪い部分に○を付けてください

※具体的な原因をお書きください

★現病歴(現在、治療中の病気): あり・なし

ありの方は□にチェックしてください

- 高血圧 糖尿病 高脂血症 喘息
- 心臓病 肝臓病 腎臓病 前立腺肥大
- 緑内障 骨粗鬆症
- その他 (_____)

★既往歴(今までかかった病気): あり・なし

ありの方は□にチェックしてください

- 腰椎椎間板ヘルニア 大腿骨頸部骨折
- 腰椎圧迫骨折 腰部脊柱管狭窄症
- その他 骨折部位(_____)
- 手術歴 (_____)
- その他(_____)

例: 階段から落ちて膝を打った

例: 転んで足をくじいた

★現在、お薬を飲んでますか: はい・いいえ

※お薬手帳お持ちの方はお出してください

※お薬手帳お忘れの方はわかる範囲でお薬名をお書きください

(_____)

★血液サラサラの薬を飲んでますか: はい・いいえ

●裏面に続きます

★体内に金属は入っていますか： はい ・ いいえ

(人工骨頭・プレート・心臓ステント・その他)

★ペースメーカーは入っていますか： はい ・ いいえ

★アレルギー： あり ・ なし

ありの方は具体的にお書きください

花粉() 薬物()

食べ物() その他()

★運動はしていますか： している(内容：) ・ していない

★たばこは吸っていますか： はい(本/日) ・ いいえ

★お酒はのみますか：はい(何を ml/日)・いいえ

★現在、歯科医で治療中ですか？または、今後治療の予定ありますか

はい ・ いいえ

★女性の方にお尋ねします

・妊娠の可能性： なし ・ あり(妊娠 週目)

・授乳中ですか： いいえ ・ はい

★40歳以上の方にお尋ねします

・介護保険の認定は受けてますか： いいえ ・ はい(要支援 1・2 ・ 要介護 1・2・3・4・5)

ケアマネジャー

事業所名：

担当者名： TEL()

・介護保険サービスをご利用されていますか： いいえ ・ はい

・通所リハビリ、訪問リハビリに興味はありますか： いいえ ・ はい

★当院を何でお知りになりましたか

知人からの紹介 ホームページ タウンニュース 看板 当院の車を見て

※労災の方は以下にご記入ください

会社名

※医療法人泰大会では、よりよい医療、サービス提供の為、皆様の個人情報ならびに身体状況や

健康状態などを法人内で共有させていただく場合がございますので、ご了承ください

※当院は診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めています。