

問 診 票

年 月 日

ふりがな				大正・昭和・平成・令和
氏名		男・女	生年月日	年 月 日 歳
現住所	〒 —	身長・体重		cm kg
		職業		
自宅番号		携帯番号		

●当院を受診したきっかけを教えてください(複数回答可)

- 他院からのご紹介 () 知人・家族に聞いて
 インターネット (当院ホームページ 病院ナビ クチコミ Yahoo・google検索)
 バス広告(都営バス・京急バス) 駅の看板広告 (駅の看板)
 新聞・雑誌(名称:) 家・職場が近所にある

●症状の原因は工作中的の怪我または交通事故等によるものですか? はい いいえ

※当院では労災保険及び自賠責保険の取り扱いはありません。【はい】にチェックされた患者さんは受付にお声掛け下さい。

●現在、他の医療機関に入院中ですか? はい(病院名:) いいえ

現在の症状についてお答えください

①現在の症状についてお答えください(該当するものに印をつけて下さい)

- 痛み 痺れ 筋肉のコリ 冷え 熱い
 その他【 】

②現在の症状はいつ頃からですか?

- 日前より 週間前より ヶ月前より 年前より

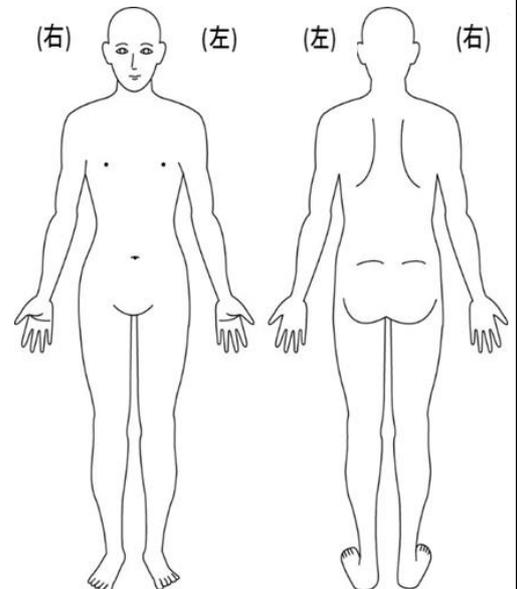
③上記の症状で今までに受けた治療はありますか? はい いいえ

④【はい】の方にお伺いします。今までどのような治療を受けましたか?

- 内服 点滴・注射 ブロック注射 リハビリ 整体 鍼
 手術【 】
 その他【 】

④症状のある部位はどこですか? 図に○または斜線をお願いします。

※先生にお伝えしたいことがありましたら空白へご記入下さい。



※裏面のご記入もお願いいたします※

今までの病気についてお答え下さい(該当するものに印をつけて下さい)

①現在、治療中の病気はありますか？ はい いいえ

【はい】の方は該当する箇所に☑してください。

喘息 高血圧症 脂質異常症 糖尿病【HbA1cの数値： _____】

緑内障 肝臓病 腎臓病 脳梗塞 脳出血

狭心症 心筋梗塞

甲状腺 精神科 歯科治療中 その他【 _____】

②今まで手術を受けた事がありますか？ はい いいえ

【はい】の方にお伺いします。どのような手術を受けましたか？ご記入をお願いします。

(_____)

③輸血歴はありますか？ はい いいえ 不明

④現在、内服中のお薬はありますか？ はい いいえ

【はい】の方は薬剤名の記入をお願いします。

(_____)

※本日、お薬手帳は持参されていますか？ ある ない

⑤アレルギーはありますか？ はい いいえ

※例：甲殻類、果物、金属、ゴムなど

薬品(薬剤名： _____)

食べ物(食品名： _____)

その他(_____)

⑥1ヶ月以内にワクチン接種をされましたか？(インフルエンザや肺炎球菌など)

はい いいえ

【はい】の方はワクチン名、最終接種日の記入をお願いします。

(ワクチン名： _____ 最終接種日： _____)

(ワクチン名： _____ 最終接種日： _____)

⑦タバコは吸いますか？ はい (_____ 本/日 _____ 年間) いいえ

⑦お酒は飲みますか？ 毎日飲む 時々飲む 飲まない

※65歳以上の方にお伺いします。

①介護保険の認定を受けていますか？ はい いいえ 申請中

【はい】と答えた方のみ → 要支援 1 2

要介護 1 2 3 4 5

②サービス利用の有無(デイサービス、訪問リハビリなど) あり なし

※女性の方にお伺いします。

①現在、妊娠中または妊娠の可能性はありますか？ はい いいえ 不明

【いいえ】の方にお伺いします。過去に妊娠したことはありますか？

はい いいえ 不明

②現在、授乳中ですか？ はい いいえ

※ご記入ありがとうございました。受付にお出し下さい。