

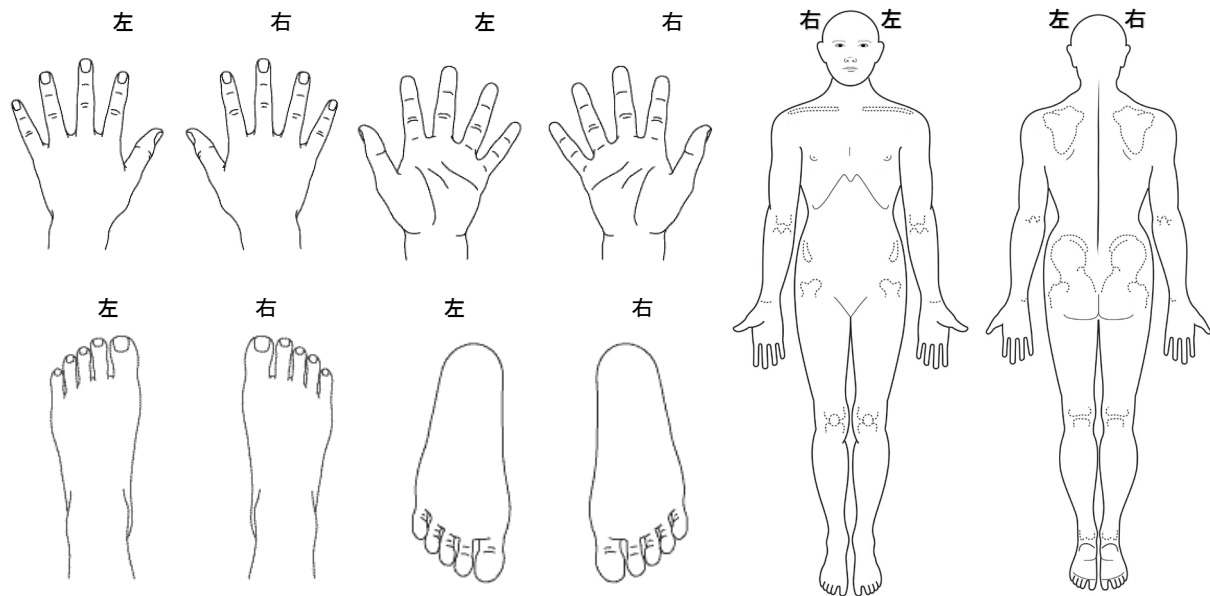
問診票

来院日 年 月 日

ふりがな 氏名	男/女	※女性の方へ		
		妊娠なし/妊娠の可能性あり/妊娠中/授乳中		
住所	〒	M/T/S/H/R	年 月 日	お薬手帳持参
		(歳)		無/有
連絡先	自宅電話	携帯電話		他医の画像持参
	メール	当院からのお知らせメール希望 無/有		
介護	介護認定を受けていますか？ 要支援(1・2)/ 要介護 ・ 介護認定を受けていません			
来院の きっかけ	紹介()/本()/ホームページ/新聞/テレビ/ラジオ/雑誌/講演会 / 通勤路/近所/その他:			
来院 目的	診察 / リハビリ / インソール・装具 / その他:			
発症のきっかけ (有無に○をつけてください)	交通事故(自賠責保険使用 有/ 無) 仕事・通勤中の怪我(労災申請予定 有/ 無) その他()			

仕事 (例:営業職 で歩く事が多 い)	趣味 スポーツ			
過去の 病気や 怪我	アレルギー	なし あり()	排尿障害	なし あり()
どのような症状ですか？	痛み/しびれ/こり/違和感/重だるさ/感覚の鈍さ/腫れ/変形/冷感/脱力感 その他:			
いつごろからですか？				
最近の症状はどうですか？	改善 / 変わらない / 悪化			

症状のある部位を塗りつぶしてください。
(症状がいくつかある時は、困っている順に番号をつけてください)



	いつ頃	医療機関名	検査	診断名	治療内容	リハビリ
今回の症状で何か治療は 行ないましたか？						無/有
他に治療中の 病気はありますか？						無/有
希望の治療目標は？ (痛みの改善、復職など)						