

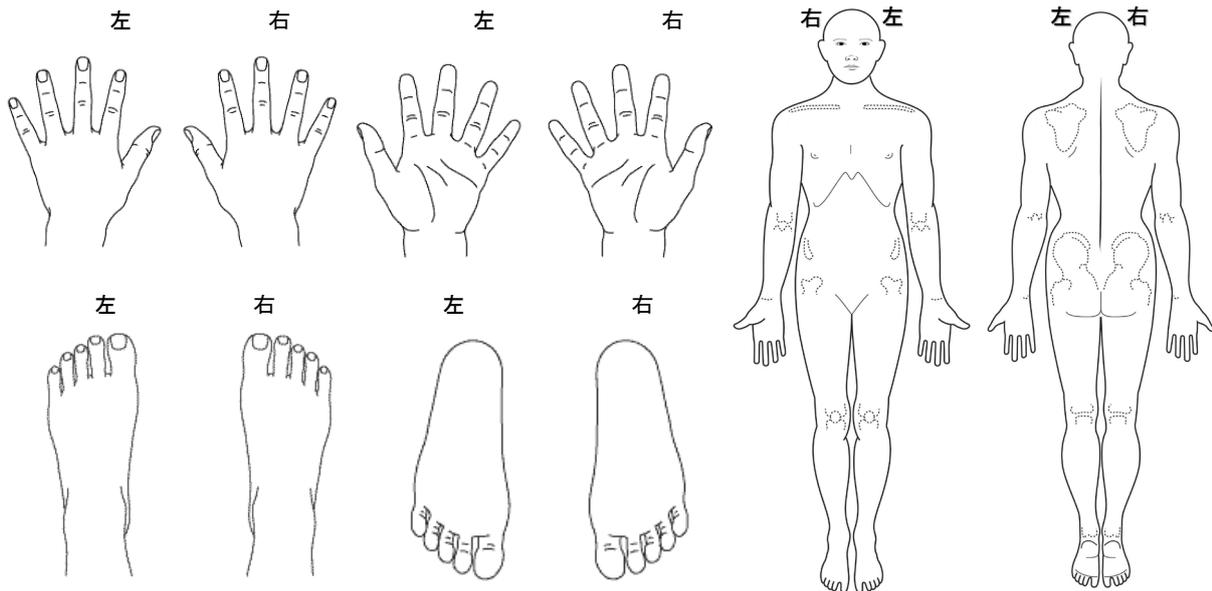
問診票

来院日 2020年 4月 3日

| | | | | |
|---------------------------|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ふりがな 名前 | | 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 無/有 |
| 連絡先 | 自宅電話 | 携帯電話 | | 他医の画像持参 無/有 () |
| | 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() | | | |

| | |
|--------------|---|
| 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 |
| 希望の治療目標は？ (痛みの改善、復職など) | | | | | | |

| | | | |
|---|-------------|------------|---------------------------------|
| 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 | なし あり() | アレルギー | なし あり() 排尿障害 なし あり() |
| 他に治療中の 病気はありますか？ (例: 高血圧、糖尿病、高脂血症等) | | | |