

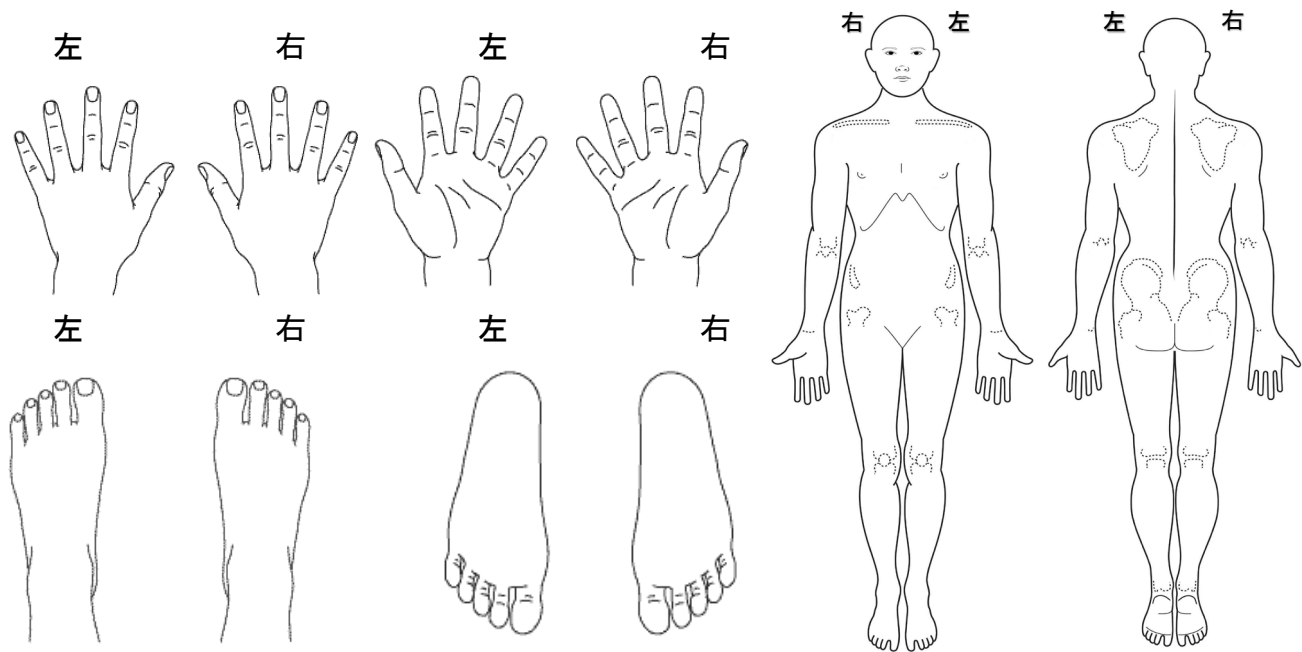
() 問診票

来院日 年 月 日

ふりがな 名前		男/女	※女性の方へ	
			妊娠なし/可能性あり/妊娠中/授乳中	
住所	〒			
連絡先	電話	生年月日	T/S/H/R (年 月 日) (歳)	
お薬手帳	有 / 無 / 忘れ / アプリ		画像持参	無 有 (CD、紙、スマホ、その他)
介護保険	介護認定を受けていますか? 認定無し / 要支援(1・2) / 要介護			
来院目的	診察 / リハビリ / 装具 / MRI・骨密度 / その他()			
きっかけ	近所 / 看板 / 紹介() / その他()			
発症の原因 (有無に○を)	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()			

どんな症状ですか?	痛み/しびれ/こり/違和感/その他()
いつからですか?	

症状のある部位を○で囲ってください。
(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	医療機関名	検査	診断名	治療内容	リハビリ
今回の症状で治療はしましたか?						有/無
他に治療中の病気やケガはありますか?						有/無
仕事			アレルギ-	無 有()		
過去の病気や怪我			排尿障害	無 有()		