

# 問 診 票

(ふりがな)

氏名

性別 男 女

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 歳

現住所 〒

職業 \_\_\_\_\_

電話番号 (1) \_\_\_\_\_

電話番号 (2) \_\_\_\_\_

※携帯番号の場合は、ご実家の電話番号かご家族の電話番号もお願いします。

介護保険 有 (要支援1・2 要介護1・2・3・4・5) 無

・具合のわるいところはどこですか

・どのような状態ですか いたい、はれている、シビレがある、動きが悪い、傷がある  
その他 ( )

・いつからですか ( )

・原因は 交通事故・労働災害(勤務中、通勤中)・スポーツ ( )  
その他 ( )

ころんだ・ぶつけた・ひねった・その他 ( )

※ 交通事故・労働災害の方は状況を下記へ詳しくお書きください。

◆現在、何かスポーツをしていますか ( )

◆現在、他の病気で治療中ですか

高血圧・心臓病・糖尿病・腎臓病・胃潰瘍・十二指腸潰瘍・喘息・痛風・B型肝炎・C型肝炎  
その他 ( )

◆過去に治療及び手術をしたことがありますか

高血圧・心臓病・糖尿病・腎臓病・胃潰瘍・十二指腸潰瘍・喘息・痛風・B型肝炎・C型肝炎  
その他 ( )

手術を受けたことがある方は何の手術ですか。

( )

ペースメーカー (あり・なし)

◆いままでに薬の副作用はありますか (あり・なし)

ありと答えた方で薬の名前がわかればご記入ください

( )

◆アレルギー・特異体質 (あり・なし)

ありと答えた方は何のアレルギーですか ( )

◆女性の方へ 現在、妊娠していますか (はい・いいえ)

授乳中ですか (はい・いいえ)