

問診票

患者様 ID

受診日：令和 年 月 日

お名前	性別	年齢	身長/体重	職業	喫煙歴
ふりがな	男	歳	cm		☐ ・あり ☐ ・過去あり
	女		kg		1日 本 年
ご住所				電話番号	
〒 -				携帯 (- -)	
				自宅 (- -)	

1. 本日、紹介状・フィルム・画像CDを持参されていますか？

☐ はい ☐ いいえ

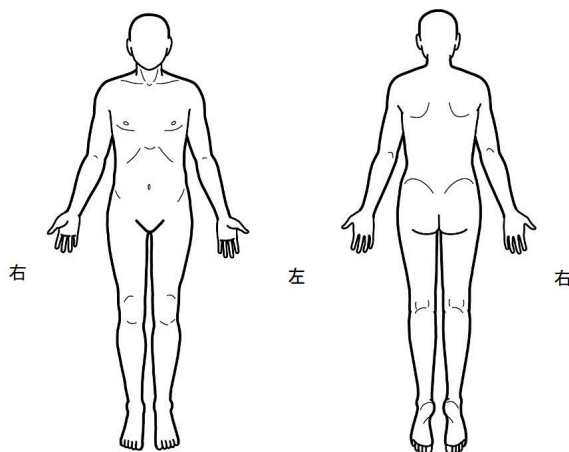
2. どのような症状で来院されましたか？

診察を希望する部位に○をつけて下さ

☐ 痛い ☐ しびれる ☐ 腫れている ☐ 動きにくい
☐ その他()

症状のある部位はどこですか？

☐ くび ☐ せなか ☐ こし
☐ かた(☐ 右・☐ 左) ☐ ひじ(☐ 右・☐ 左)
☐ ひざ(☐ 右・☐ 左) ☐ 足首(☐ 右・☐ 左)
☐ その他 ※右図へ⇒

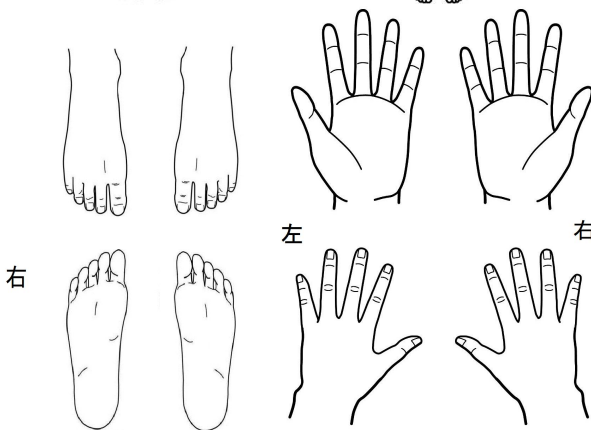


3. いつごろから症状は出てきましたか？

☐ ____年 ____月 ____日 ごろから
☐ ____ (日 ・ 週 ・ 月 ・ 年) 前から

4. 症状が出たきっかけ・原因は何ですか？

☐ 交通事故 (事故日: ____年 ____月 ____日)
☐ 仕事のけが (仕事内容:)
☐ スポーツのけが ()
☐ 転んだ ☐ ぶつかった ☐ 特に原因なし
☐ その他()



5. 今回の症状で他の医療機関を受診されていますか？

☐ いいえ

☐ はい → 医療機関名: () 病院・医院

治療内容: ☐ 投薬 ☐ 注射 ☐ 物療 ☐ その他()

検査内容: ☐ レントゲン ☐ CT ☐ MRI ☐ その他()

6. 現在治療中の病気もしくは今までにかかれた病気がありますか？

☐ いいえ

☐ はい → ☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 HbA1c() ☐ 脳梗塞

☐ 心臓病(狭心症・不整脈など・ペースメーカー ☐ あり ・ ☐ なし)

☐ 腎臓病 ☐ 喘息 ☐ 胃潰瘍 ☐ リウマチ ☐ 高コレステロール血症

☐ 悪性腫瘍 ☐ その他()

< 裏面 もご記入下さい >

7. 過去に怪我や病気で手術を受けたことがありますか？

☐ いいえ

☐ はい → 手術名or部位：() () 年) 病院名：()
手術名or部位：() () 年) 病院名：()

8. 現在、何か薬を飲んでいますか？

※お薬手帳 ☐ あり ☐ なし ☐ 本日持参なし

☐ いいえ

☐ はい 病名：() 薬の名称：()

9. 薬や食べ物でアレルギーが出たことがありますか？

☐ いいえ

☐ はい → ☐ 薬：() ☐ 食べ物：()

女性のみ記入

10. 妊娠している可能性がありますか？

☐ いいえ ☐ はい → 妊娠：____週

11. 授乳中ですか？

☐ いいえ ☐ はい → 産後：____年 ____ヶ月

12. 歯医者で麻酔をして気分が悪くなったことがありますか？

☐ いいえ ☐ はい

13. 何か運動(スポーツ)をしていますか？またはこれまでスポーツをしたことはありますか？

☐ いいえ

☐ はい ☐ 趣味・健康目的 ☐ 競技

スポーツ名：() _____ 回 / (週 ・ 月)

※学生の方 学校名：() 学年：()

クラブ名：() ポジション：()

14. 受けたい検査・治療などありますか？(ご希望に添えないこともありますのでご了承ください)

☐ レントゲン ☐ 血液検査 ☐ 薬 ☐ リウマチ検査

☐ 骨密度検査 ☐ しつぷ ☐ 注射 ☐ 診断書

15. 当院へお越しいただいた理由をお聞かせ下さい

☐ 近いから

☐ ホームページを見て

☐ ご家族様からの紹介(お名前：()

☐ SNSを見て

☐ 知人の方からの紹介(お名前：()

☐ 看板を見て(☐ 駅 ☐ 市役所 ☐ 近くの道路)

☐ 他の医療機関より紹介()

☐ 以前受診したことがあるため

☐ その他()

16. ご自宅(職場)からクリニックまでの主な交通手段をお聞かせください

☐ 徒歩 ☐ 車 ☐ バス ☐ タクシー ☐ 自転車 ☐ 原付・バイク ☐ 地下鉄 ☐ オンデマンドバス

17. 介護保険の申請をされていますか？

☐ はい (要支援 ☐ 1 ・ ☐ 2 要介護 ☐ 1 ・ ☐ 2 ・ ☐ 3 ・ ☐ 4 ・ ☐ 5)

☐ いいえ

☐ わからない

ご記入いただきましたこの問診表の個人情報につきましては、診療録(カルテ)と同様に厳正に管理されます。
当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。