

問診票

記入年月日 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日	T・S・H・R	年	月	日(歳)
氏名							
住所	〒			電話	自宅 携帯		
緊急連絡先	(氏名) (続柄)						
(自宅)				(携帯)			

・当院をどのようにしてお知りになりましたか？

- ☐ 口コミ(ご紹介名) ☐ 当クリニックフロア利用(医院名)
☐ ホームページ(インターネット) ☐ ドクターズファイル
☐ グーグルマップ

・本日受診することとなったおもな症状は？

いつごろから () 原因 ()
 症状 () 部位 ()

・いままでにかかった病気・怪我・手術は？

()

・いままでに薬や食べ物に対するアレルギー(じんましん・気分が悪くなったなど)がありますか？

- ☐ あり(薬・食べ物の種類:)
☐ なし

・現在妊娠は？

- ☐ している(ヶ月)
☐ していない ☐ 授乳中

・骨粗鬆症の検査を受けた事がありますか？

- ☐ あり —— 現在治療中ですか？ ☐ はい ☐ いいえ
☐ なし

・今現在、他の医療機関に通院していますか？

- ☐ 病院・医院 ()
☐ 鍼灸・接骨院 ()

※40歳以上の方はご記入下さい。

・介護保険の要介護認定を受けていますか？

- ☐ 要介護1～5 ☐ 要支援1・2 ☐ 認定は受けていない

・現在、介護保険サービスは受けていますか？

- ☐ デイケア ☐ デイサービス ☐ 訪問リハビリ ☐ 訪問看護
☐ その他()