

# 問診票

マイナンバー

※お薬手帳を受付に提出してください  
(あり・なし・アプリ・忘れ)

ふりがな		男・女	生年月日	
お名前			大・昭・平・令	年 月 日
ご住所	〒 -			
電話番号	-	携帯番号	-	-

● 右図で症状が出ている部位に○をつけて下さい

● どのような症状ですか？

鈍い痛み  激しい痛み  しびれ  腫れ

その他( )

● いつからですか？

( ) ・不明

● 原因として思い当たることはありますか？

転倒した  ぶつけた  仕事中  スポーツ中  交通事故  特になし

その他( )

● 今までにかかった病気や治療中の病気はありますか？

なし  喘息  高血圧  糖尿病  高脂血症  心臓病  脳梗塞

その他( )

● 今までに手術の経験はありますか？

なし  あり 病名 ( )

いつ頃 ( )

以下のような体内金属はありますか？

心臓ペースメーカ  植え込み除細動器(ICD)  心臓人工弁  脳動脈瘤クリップ

その他( )

● 現在飲んでいる薬はありますか？ ※ お薬手帳をお持ちの方は受付にお出してください(記入不要です)

なし  あり ( )

● 薬(飲み薬や貼り薬)や食べ物などでアレルギーはありますか？

なし  あり ( )

● 骨粗しょう症の検査を希望されますか？

はい(身長 cm 体重 kg)  いいえ  医師と相談して決める  わからない

● 当院では理学療法士による運動器リハビリテーションを推奨しています。希望されますか？

はい  いいえ  医師と相談して決める  わからない

● 現在、介護保険(要支援・要介護)のご利用はありますか？(65歳以上の方)

あり  なし

ありの方は下記をご記入下さい。

【要支援】  1  2      【要介護】  1  2  3  4  5

