

問診表

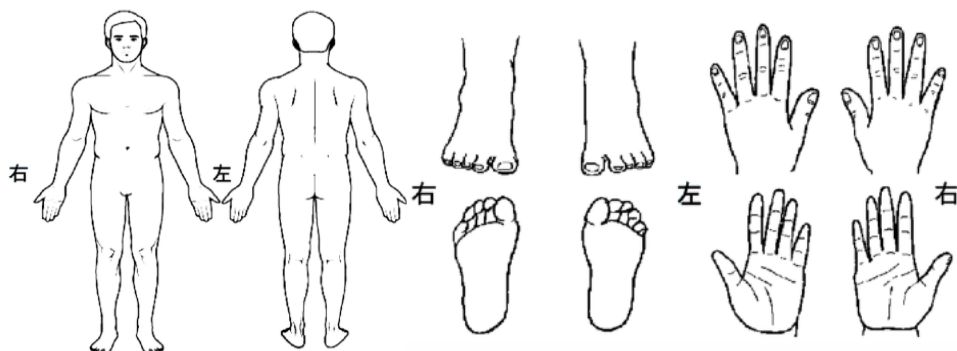
No. _____

令和 7年 月 日 □ □

ふりがな 氏名	性別		大・昭・平・令	
	男・女	生年月日	年	月 日 歳
住所	〒		携帯電話	
			固定電話	
身長	cm	体重	kg	職業
				スポーツ
介護認定	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5	紹介状	無・有 () の紹介)

1, どのような症状がありますか？症状のあるところに、○印をつけてください。

- 痛み
- しびれ
- 変形
- 動きが悪い
- 腫れ
- 力が入らない
- 感覚が鈍い
- こわばる
- その他 ()
- 熱を持っている
- 疲れやすい
- 重い
- 転びやすい
- 音がする
- つつぱる
- 冷える



2, 症状はいつからですか？

年 月 日頃から

3, 症状を引き起こした原因として思い当たることはありますか？（例：けが/仕事/交通事故/スポーツなど）

なし ・ あり ()

4, 他の病院/診療所/接骨院などを受診しましたか？また以前に怪我や病気、手術をしたことがありますか？

なし ・ あり 施設名 ()
 診断名 ()
 手術名 () 体内金属 なし・あり

5, 現在治療中の病気はありますか？

なし ・ あり (高血圧 糖尿病 心臓病 脳梗塞 その他：)

6, 現在服用している薬はありますか？お薬手帳をお持ちの方は受付にご提出ください。

なし ・ あり (薬剤名：)

7, これまでに薬でのアレルギーや副作用を起こしたことがありますか？

なし ・ あり (薬剤名：)

8, 40歳以上の方へ：骨粗しょう症の検査を希望しますか？

なし ・ あり

9, 介護保険の認定を受けている方へ：

通所リハビリや訪問リハビリ、デイサービス、福祉用具のレンタルを利用されていますか？

なし ・ あり

10, 女性の方へ：妊娠の可能性はありますか？または授乳中ですか？

なし ・ あり 授乳中 (乳児月齢： カ月)

※保険証をコピーし保存させていただきます。ご了承ください。

八王子北野バリュー整形外科