

問診票

年 月 日

フリガナ		生年月日		性別	
お名前		年	月	日	男 女
現住所	(〒 -) 都 道 府 県				
電話番号	-	-	職業	身長	cm 体重 kg

☆本日は下記のいずれをご持参されましたか。

健康保険証 マイナンバーカード保険証 その他 ()

☆他の医療機関からの紹介状等はお持ちですか。

いいえ はい 医療機関名 ()

☆直近1年間で特定健診や高齢者健診などを受けられましたか。(マイナ保険証での健診歴取得に同意された方は記載不要です)

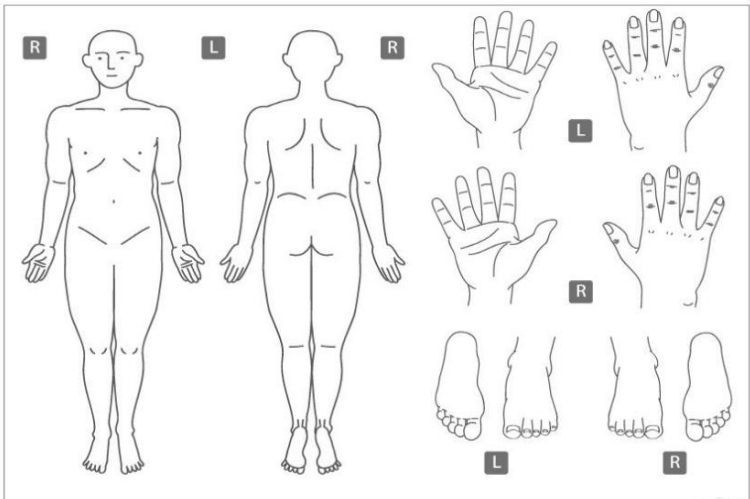
いいえ はい (健診名: 時期:)

☆介護保険の介護度認定を受けており、介護保険にてリハビリを行っていますか

(※介護度認定を受けている方はリハビリの有無に関わらず、介護度認定に☑もお願いします)

認定を受けていない 認定を受けているが、リハビリは行っていない 認定を受けており、リハビリも行っている

介護度認定の種類 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5

時期 ()	
症状 <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> はり・こり <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> その他 ()	
症状が出た原因はございますか ()	
次の項目に該当しますか <input type="checkbox"/> 労災申請中・予定 <input type="checkbox"/> 第三者による加害 <input type="checkbox"/> 交通事故	
今回の症状で治療を受けたことはございますか ()	

※ 症状のある部位を図に示してください

現在治療中の病気はございますか

いいえ はい ⇒ 高血圧 糖尿病 高脂血症 胃潰瘍 喘息 貧血 痛風
 脳梗塞 心疾患 腎疾患 肝疾患 その他 ()

現在使用しているお薬などはございますか

いいえ はい ⇒ ()

過去に病気やケガで手術を受けたことはございますか

いいえ はい ⇒ ()

お薬や麻酔などでアレルギーや副作用が出たことはございますか

いいえ はい ⇒ ()

☆喫煙歴についておしえてください

煙草 : 吸う または 過去に吸っていた (1日 本を 年間) ・ 吸わない

スポーツ歴をお聞かせください

種目 頻度 年数

検査・治療に関してご要望はございますか

飲み薬 湿布・塗り薬 注射 リハビリ 骨粗鬆症の検査 リウマチの検査
 再生医療 (PRP、培養幹細胞療法) 体外衝撃波治療 その他 ()

☆女性の方にお聞きます。現在妊娠中もしくは妊娠の可能性はございますか

いいえ はい