

問診票

ふりがな	生年月日
氏名	大正 昭和 平成 令和 年 月 日 (歳)
住所 〒 -	入居施設名
職業 <input type="checkbox"/> 専業主婦 <input type="checkbox"/> 事務職 <input type="checkbox"/> 営業職 <input type="checkbox"/> 作業職 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他 ()	電話番号
	緊急連絡先
下記の質問にお答え下さい。	※当院より連絡することがありますので変更の際には受付にお申し出下さい

● 「当院の個人情報の取扱いについて」の記載内容に同意をお願い致します 同意する

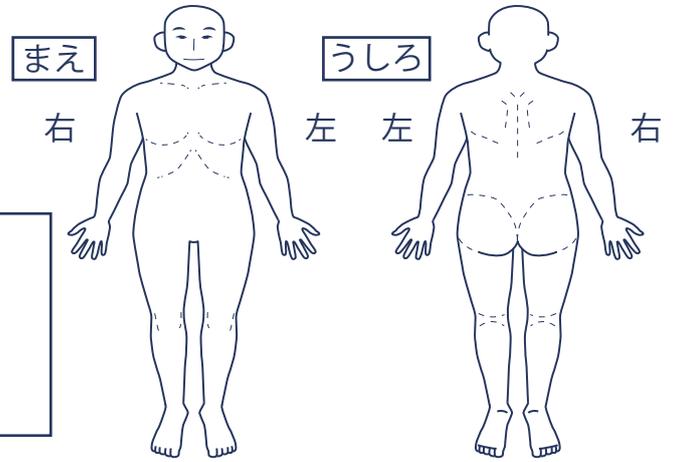
● マイナ保険証による診療情報取得に同意をお願い致します 同意する
※マイナ保険証により取得可能な情報については、令和4年9月上旬現在の状況

● 本日、何科をご希望ですか？ 整形外科 リハビリテーション科 内科 神経内科

● 原因に心当たりはありますか？
 特になし ケガ 交通事故
 その他 ()

● どのような症状ですか？
・症状のある場所を○で囲んでください ⇨

・いつ頃からお困りですか？
・症状の内容をお書きください



● 現在、治療している病気はありますか？
(はい いいえ) 病名 ()

● 現在、内服している薬はありますか？
(はい いいえ) お薬手帳はありますか？ (あり なし)
お薬の名前 ()

● 現在、運動はされていますか？
(はい いいえ) 内容 ()

※必ずご記入をお願いいたします お薬手帳をお持ちでしたら、問診票と一緒に提示をお願いします。

● 現在、何人でお住まいですか？ (人)

● ペースメーカー等、体内に金属は入っていますか？ (はい いいえ) 内容 ()

● 介護保険の認定は受けていますか？ (いいえ はい → 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)

● 女性の方へ 現在、妊娠中または授乳中ですか？ 妊娠中 (月) 授乳中

● 過去にわずらったご病気がありましたらチェックして下さい

心疾患 脳血管障害 喘息 アレルギー疾患 感染症 (B型肝炎、C型肝炎など)

糖尿病 前立腺肥大 がんの既往 その他 ()

● 下記の項目やその他にアレルギーはありますか？

食べ物 () 薬 () アルコール ヨード ラテックス その他 ()

● ご興味のある内容がありましたら、お聞かせ下さい

ヘルストロン 骨粗鬆症 漢方薬 再生医療 鍼灸治療 巻き爪矯正 ビタミン療法

● 当院は何でお知りになりましたか？ (複数回答可)

タウンニュース チラシ 知人からの紹介 以前から通っていた 通りがかり

インターネット (当院 HP・EPARK・病院なび・その他) → 検索された際のキーワード ()