問診票

（わかる範囲で結構ですのでご記入ください）

ふりがな	生年月日 T. S. H. R. 年　月　日（　歳）
氏 名 男 ・ 女	
住所 〒	入居施設名
職業 ▫専業主婦 ▫事務職 ▫営業職 ▫作業職 ▫学生 ▫その他（　）	電話番号 緊急連絡先

1．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　▫ 一般内科　▫ 神経内科

2．今回の症状は、いつ頃からお困りですか？

（　）

3．原因に心当たりはありますか？

▫ 特になし　▫ ケガ　▫ 交通事故

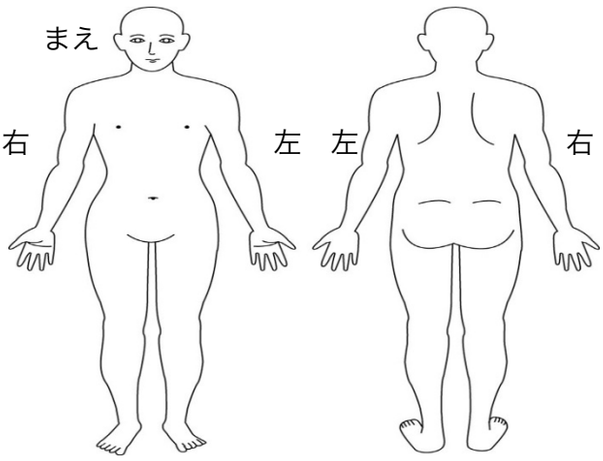
▫ その他（　）

4．どのような症状ですか？

・ 症状のある場所を〇で囲んでください　⇒

・ 症状の内容をお書きください

（　）



5．現在、治療している病気はありますか？

▫ いいえ　▫ はい　病名（　）

6．現在、内服している薬はありますか？

▫ いいえ　▫はい　・・・　お薬手帳はありますか？　▫ あり ▫なし

お薬の名前（

7．現在、運動はされていますか？

▫ いいえ　▫はい　内容（　）

※必ずご記入をお願い致します。

8．現在、何人でお住まいですか？　（　人）

9．ペースメーカー等、体内に金属は入っていますか？

▫いいえ　▫ はい　内容（　）

１０．女性の方へ　現在、妊娠中または授乳中ですか？

▫ いいえ　はい　・・・　▫ 妊娠中（　か月）　▫ 授乳中

１１.過去にわずわった病気がありましたら◯で囲んでください

心疾患　脳血管疾患　喘息　アレルギー疾患　がんの既往　感染症（B型肝炎、C型肝炎など）

糖尿病　前立腺肥大　その他（　）

１２．ご興味のある内容がございましたら、お聞かせください。

▫ 血管年齢　▫ 骨粗鬆症　▫ 鍼灸治療　▫ 漢方薬　▫ 再生医療　▫パーソナルプログラム

１３．当院は何でお知りになりましたか？

▫以前から通っていた ▫ 他院からの紹介 ▫ 知人の紹介 ▫ インターネット 広告　▫ 通りがかり

ご記入ありがとうございました。受付までお持ちください。

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致します。