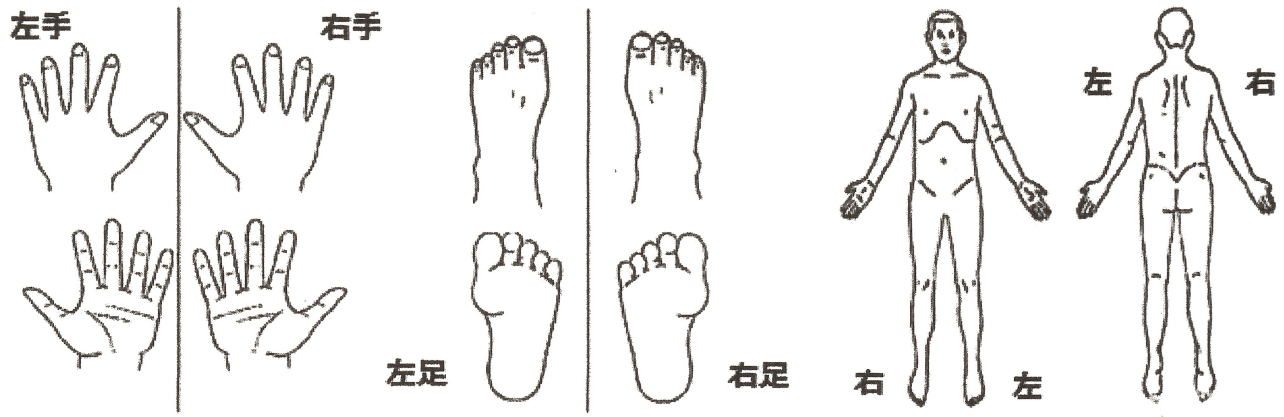
問　診　票

氏名		身長	cm
		体重	kg

1. 診察箇所はどこですか？症状のある部位を〇で囲んでください。



2. どのような症状がありますか？□にレ点をつけてください。

□痛い　□しびれる　□動きが悪い　□はれ　□変形　□その他（　　）

3. いつ頃からですか？

＿＿＿月＿＿＿日より　□本日　□昨日　□2-3 日前　□１週間前　□その他（　　）

4. 思い当たる原因はありますか？

□ない　□ある（　　）

5. 今回の症状に関して他の病院や接骨院などで治療を受けたことがありますか？

□なし　□あり　病院名／接骨院名（　　）

6. 希望される治療内容はありますか？

□レントゲン　□注射　□薬　□骨密度　□装具（コルセット・インソールなど）

7. 現在内服している薬はありますか？

□はい(お薬手帳：□あり□なし)　□いいえ　※お薬手帳をお持ちの方はご提出お願いします。

内服している薬　（　　）

8. 今までに下記の病気、その他、入院・手術などされた事はありますか？

□なし

□喘息　□高血圧　□心臓病　□腎臓病　□肝臓病　□脳梗塞　□Ｂ型肝炎　□Ｃ型肝炎

□糖尿病　□痛風　□その他（　　）

9. 薬や食べ物のアレルギーはありますか？

薬　：□いいえ　□はい　　薬剤名：　　症状：

食べ物：□いいえ　□はい　　食べ物名：　　症状：

10. 本日、診断書の希望はありますか？□はい（□会社□警察）　□いいえ

11. 要介護・要支援の認定を受けていますか？□はい　□いいえ

はいと答えた方　　要支援　Ⅰ　・Ⅱ　　要介護　Ⅰ　・　Ⅱ　・　Ⅲ　・　Ⅳ　・　Ⅴ

12. 女性の方のみお答えください

妊娠中ですか：□はい　□いいえ　□可能性がある　□最終月経（　　月　　日～）

13. 本日付き添いの方はいらっしゃいますか？　　□はい(ご関係：　　)　□いいえ