

問診票 及び 個人情報利用同意書

※明細書発行希望の場合、当日中にお申し出下さい

ID

名前	性別	年齢	生年月日
ふりがな	男性・女性	歳	大・昭 年 月 日
			平・令
住所			職業
〒 -			自宅 - -
			携帯 - -

1. 本日、紹介状・フィルム・画像CD-Rを持参されていますか？

☐ はい ☐ いいえ

↓ 具合の悪い部位に○をつけて下さい。

2. どのような症状で来院されましたか？

☐ 痛い ☐ しびれる ☐ はれている ☐ 動きにくい
☐ その他 ()

※症状のある部位はどこですか？

☐ くび ☐ こし ☐ せなか ☐ 肩(右・左) ☐ ひじ(右・左)
☐ 膝(右・左) ☐ 足首(右・左) ☐ その他 ⇒ 右図へ

3. いつごろから症状は出てきましたか？いつ、けがをしましたか？

☐ 年 月 日に、けがをした
☐ 年 月 日から
☐ 前から

4. 症状が出たきっかけ・原因は何ですか？

☐ 交通事故 ☐ 仕事中 ☐ 通勤中 ☐ スポーツ()
☐ その他 () ☐ 転んだ ☐ 特に原因なし

5. 今回の症状で他の医療機関を受診されていますか？

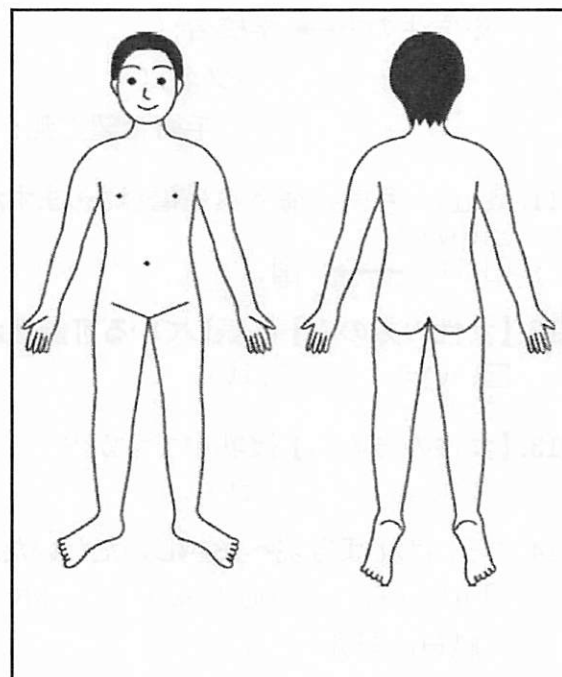
☐ いいえ
☐ はい → 病院・医院名：() 病院・医院
治療内容：☐ 投薬 ☐ 注射 ☐ 物療 ☐ その他()
検査：☐ レントゲン ☐ MRI ☐ その他()

6. 現在治療中の病気、または既往歴はありますか？

☐ いいえ
☐ はい → ☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 脳梗塞 ☐ 心臓病(狭心症・不整脈など)
☐ 腎臓病 ☐ 喘息 ☐ 胃潰瘍 ☐ リウマチ ☐ 緑内障
☐ 悪性腫瘍(癌) ☐ 甲状腺・副甲状腺疾患 ☐ 高脂血症 ☐ 痛風(高尿酸血症)
☐ 乾癬 ☐ その他()

7. 過去に怪我や病気で手術を受けたことがありますか？

☐ いいえ
☐ はい → 手術：() 年：病院名
手術：() 年：病院名



★ 裏面もご記入ください ★

8. 現在、何か薬を飲んでいますか？（お薬手帳等お持ちでしたら受付時にお見せ下さい）

☐ いいえ

☐ はい → 病名：() 薬の名前：()

9. 薬や食べ物でアレルギーが出たことがありますか？

☐ いいえ

☐ はい → ☐ 薬：() ☐ 食べ物：()

10. 趣味や健康目的などで何か運動(スポーツ)をしていますか？

☐ いいえ

☐ はい → ☐ 趣味・健康目的 ☐ 競技

スポーツ名：() _____ 回／週・月

※学生の方 → 学校名：() 学年：()

クラブ名：() ポジション：() 顧問の先生：()

手術希望有無： ☐ 希望する ☐ 希望しない

11. 最近1ヶ月間に海外渡航歴はありますか？

☐ いいえ

☐ はい → 国：() 期間(~)

12. 【女性の方のみ】妊娠している可能性がありますか？

☐ いいえ ☐ はい

13. 【女性の方のみ】授乳中ですか？

☐ いいえ ☐ はい

14. よろしければ当院へお越しいただいた理由をお聞かせ下さい。

☐ 近いから ☐ 通りがかり ☐ ホームページを見て ☐ 前回も受診している為

☐ 職員の紹介(お名前：) ☐ ご家族の紹介(お名前：)

☐ その他の方からの紹介(お名前：)

☐ 講演会に参加して()

☐ その他()

15. ご自宅(職場)から当院までの主な交通手段をお聞かせください

☐ 徒歩 ☐ 車 ☐ バス ☐ タクシー ☐ 自転車 ☐ 原付・バイク ☐ JR ☐ 山陽電車 ☐ その他()

16. 介護保険についてお聞かせ下さい。当てはまる区分に丸をつけて下さい。

☐ 要介護認定を受けている(要介護 1・2・3・4・5) ☐ 要支援認定を受けている(要支援 1・2)

☐ 給付は受けていない

ご協力ありがとうございました。

順番が来ましたらお呼びいたしますので、もうしばらくお待ち下さい。

ご記入いただきましたこの問診表の個人情報につきましては、診療録(カルテ)と同様に厳正に管理されます。