

問診表

記入日 年 月 日 【ID: 】 体温: ℃

住所 〒 -	フリガナ
	氏名
連絡先 () -	生年月日 大・昭・平・令 年 月 日
緊急連絡先 () - [続柄]	男 / 女 () 歳 身長: cm / 体重: kg

※労働中・通勤中の事故

(労災保険使用) ですか？

はい ・ いいえ

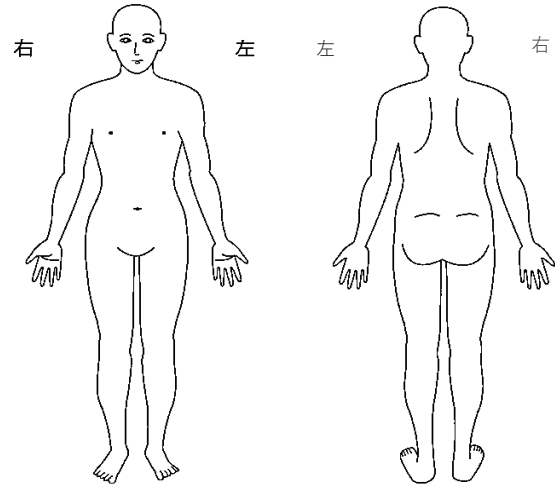
1. 当てはまる症状に○を付けてください。

痛み / しびれ / はれ / その他

具体的な症状についてご記入ください

①いつから？

②思い当たる原因は？



2. 今まで大きな病気・ケガによる入院・手術をしたことがありますか？

ない ・ ある [何歳頃: 病名・手術など:]

3. 下記に治療中の疾患はありますか？

ない ・ ある [・ 高血圧・糖尿病・狭心症・脂質異常症・脳梗塞・呼吸器疾患・高尿酸血症
・ 肝臓疾患・腎臓病・陳旧性心筋梗塞・栄養障害・排泄機能障害
・ 褥瘡・肥満・その他【 】]

4. 現在服用しているお薬はありますか？お薬手帳をお持ちの方は受付にお出してください。

ない ・ ある [お薬の名前:]

5. じんま疹がでる、気分が悪くなるなどアレルギー症状が出たことはありますか？

ない ・ ある 【お薬、食べ物など】

6. 女性の方、妊娠中でしょうか？

いいえ ・ 妊娠中 (カ月) ・ 授乳中 ・ わからない

7. 喫煙はしていますか？

はい ・ いいえ

⇒ 裏面へ続きます ⇒

当てはまるところに☑を付けてください。

8. リハビリを希望されますか？

☐ 希望する ☐ 興味あり ☐ 診察の結果で必要ならば

9. 社会保障サービスについて

介護認定 なし ・ あり ・ 申請中 (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)

☐身体障害者手帳 種 級 ☐精神障害者手帳 級

☐療育手帳・愛護手帳 障害程度 ☐その他(難病等)

※ 介護認定 **あり** と答えた方に質問します

① ☐ 利用している内容は？(デイサービス・デイケア・訪問リハビリ・その他【 】)

☐ 利用していない ☐ わからない

② 当院の介護保険リハビリ(通所リハビリ 訪問リハビリ)について

☐ 興味があり見学(体験)してみたい ☐ 知っている ☐ 利用したことがある

10. 鍼灸治療を希望されますか？

☐ 希望する ☐ 興味あり ☐ 診察の結果で必要ならば ☐ 希望しない

11. どちらで当院をお知りになりましたか？ (複数 可)

☐ 知人・家族のご紹介 ☐ 当院ホームページ ☐ インターネット ☐ Google Maps

☐ 看板 ☐ ポス等フリーペーパー・雑誌 ☐ Instagram

☐ 他院様紹介【 】 ☐ その他【 】

その他、なにか伝えたいことがございましたら ご自由にお書きください。

※回答についてご不明な点がございましたら、お気軽にスタッフにお声掛け下さい。