

問診表

記入日 年 月 日

体温： ℃

住所 〒 -	フリガナ
	氏名
電話 () -	生年月日 大・昭・平・令 年 月 日
携帯 () -	男 / 女 () 歳 身長： cm / 体重： kg

※労働中・通勤中の事故（労災保険使用）
または交通事故（自賠責保険）ですか？

はい ・ いいえ

交通事故の方は警察に提出用の診断書は必要ですか？

はい ・ いいえ

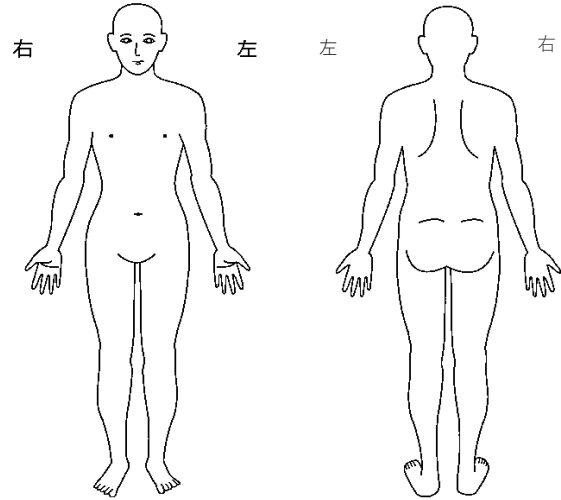
1. 当てはまる症状に○を付けてください。

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？

↓当てはまる部位に○を付けてください



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・高脂血症・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 希望しない

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 ポトス等のフリーペーパー・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。