

初診・問診票

ふりがな

性 別

男 女

年齢:

歳

氏名

生年月日

大・昭・平・令

年 月

日

住所

〒

電話番号

携帯:

緊急連絡先:

自宅:

(続柄:)

身長

cm 体重

kg

ご職業:

※学生の方 学校名:

学年: 年生

1. 仕事中の労務災害または交通事故の方はチェックしてください

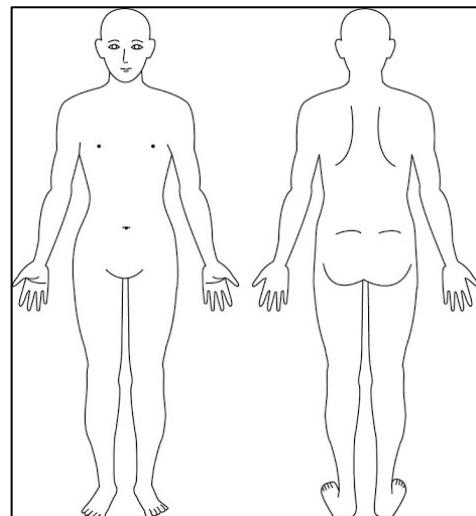
 労務災害 交通事故 (警察提出用の診断書をご希望の方はチェック →)

2. 本日はどのような症状で来院されましたか?

 痛い 肿れている しびれています 動かしにくい その他 ()

↓ 症状のある部位に○をつけて下さい

3. 症状のある部位はどこですか?(右図をご利用ください)

 くび せなか かた (右・左) ひじ (右・左)
 し・指 (右・左) こし おしり ふともも (右・左)
 ひざ (右・左) ふくらはぎ (右・左) 足 (右・左)
 その他 (部位:)

4. 症状が出てきたのはいつですか?

※わからない場合はあおよそでも構いません.....

5. 症状が出たきっかけ・原因はなんですか?

 特に思い当たる原因なし 転んだ ぶつけた ひねった スポーツ (種目:)
 交通事故 仕事中のケガ その他 ()

6. 今回の症状で他の医療機関を受診しましたか?

 いいえ はい → 病院 医院 接骨院など 病院名: ()

7. 現在治療中の病気、もしくはかかられた病気はありますか?

 いいえ はい → 高血圧 高コレステロール血症 胃潰瘍 糖尿病 脳梗塞
 哮息 心臓病 (狭心症や不整脈) 腎臓病 リウマチ
 がん () その他 ()

8. 過去にケガや病気で手術を受けたことがありますか?

 いいえ
 はい → 病名: () 手術名: () (歳時)
病名: () 手術名: () (歳時)

※2枚目もございます→

9. 現在、なにか薬を飲んでいますか？（サプリメントは除く） お薬手帳の提示をお願いします。

いいえ はい → 薬の名前：

10. お薬でアレルギーが出たことがありますか？

いいえ はい → 薬の名前：（ ）

11. お酒は飲みますか？

いいえ はい

12. 煙草は吸いますか？

いいえ はい 以前吸っていた

13. 現在、運動やスポーツを行っていますか？

いいえ はい → 趣味・健康目的 競技

スポーツ名：（ ） 頻度：_____回/（週・月）

競技レベル：（ プロ・全国大会・県大会・地区大会・レクリエーション ）

14. 現在の症状が改善した場合、やりたいことや趣味などはありますか？

（例：ジョギングをしたい、旅行に行きたい など）

15. 【女性の方にのみお伺いします】

現在、妊娠中ですか？ いいえ はい（およそ ヶ月） 可能性はある

現在、授乳中ですか？ いいえ はい

診療においてのご希望がございましたら教えて下さい

CT 検査 MRI 検査 骨密度検査 リハビリ 手術
 その他

※ご希望の内容をご記載ください

●来院のきっかけを教えてください（該当する番号に○をつけて下さい）

1. 知人・家族の紹介
2. 他医療機関からの紹介
3. 情報誌や雑誌を見て
4. 当院のパンフレットやチラシ
5. 街中の看板などを見て
6. 通りがかり
7. 自宅や職場が近所
8. その他からの紹介（ ）
9. インターネットで（該当のものにチェック）
 当院ホームページ Google の検索 Google マップ Google ロコモ
 当院インスタグラム Yahoo! の検索 その他の検索サイト（ ）
10. その他（ ）

ご協力ありがとうございました。順番がまいりましたらお呼びいたします。もうしばらくお待ちくださいませ。

ご記入が終わりましたら、受付にご提出をお願いいたします。

※ご記入いただきました個人情報につきましては、個人情報に関する法令を遵守し、診療録（カルテ）と同様に厳正に管理致します。