

問 診 表

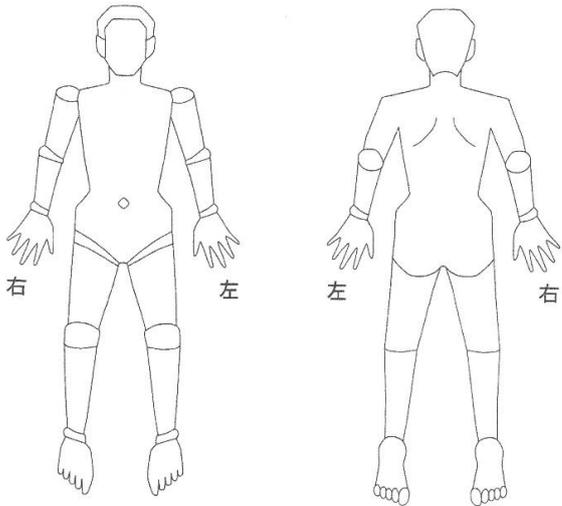
カルテNo. _____

受付 R _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ				性別	生年月日	年齢
名前				男 女	大・昭・平・令 年 月 日	才
〒	-	住所				
電話番号	携帯番号			身長	cm	体重 kg

① 具合の悪いところはどこですか？

(下の図に印をつけてください)



② どのような症状ですか？

痛み しびれ 腫れ 変形 動かない

その他 (_____)

③ いつからですか？

本日 / _____ 日前 / _____ 週間前 / _____ 月前

不明 / その他 (_____)

④ 原因となるようなきっかけはありましたか？

ない・わからない けが

その他 (_____)

交通事故 (受傷日 _____ 月 _____ 日)

工作中 スポーツ (_____)

⑤ 今回の症状に関して、他の医療機関を受診されましたか？

いいえ はい→医療機関名 [_____] 治療内容 [_____]

⑥ 来院された目的は何ですか？

症状をとりたい 原因を知りたい リハビリをしたい 意見を聞きたい

その他 (_____)

⑦ これまでにかかった病気や手術、また現在治療中の病気はありますか？

ない ある→糖尿病 心臓病 高血圧 脳血管疾患 腎臓病 喘息 胃十二指腸潰瘍

その他 (_____) 手術 (_____)

⑧ 定期的に内服しているお薬はありますか？ (お薬手帳をお持ちの方はお出してください)

ない ある→ (_____)

⑨ 薬のアレルギーはありますか？ (飲み薬、注射、貼り薬、絆創膏かぶれなど)

ない ある→ (_____)

⑩ 介護保険の認定を受けていますか？

いいえ はい→要支援1・2、要介護1・2・3・4・5

女性の方へお聞きします

妊娠中または妊娠の可能性はありますか？ ない ある

授乳中ですか？ いいえ はい