

受診日 2021年 月 日

問診票

ID:

ふりがな				性別	生年月日 (西暦)			年齢	
名前				男	女	年	月	日	歳 (学年 年)
住所 〒	都道 県府	市郡 区							
電話番号	自宅 ()			携帯	本人保護者 ()				
身長	体重	利き手		スポーツ					
	cm	kg	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左						
職業 ()	内容 <input type="checkbox"/> デスクワーク <input type="checkbox"/> 立ち仕事 <input type="checkbox"/> 力仕事 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 ()								

今回の症状について記入してください

症状がある部位を○で囲ってください

いつから 年 月 日頃から

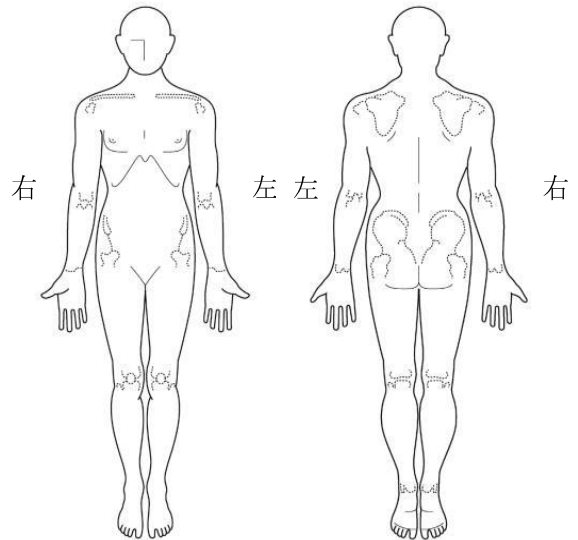
どんな症状ですか

痛み 痺れ 脱力 屈伸できない 変形

腫れ 熱感 その他 ()

思い当たる原因はありますか？

交通事故やお仕事中のケガですか？ あてはまるものに○を記入
はい (仕事中のけが・通勤途中のけが・交通事故) いいえ



現在の痛み、症状の辛さはどの程度ですか？

顔の下の直線の目盛りに印をつけてください

これまでに経験した最も強い痛みを右端とするとどの辺りでしょうか

今日、診てもらう症状は他の医療機関または治療院に受診しましたか

<input type="checkbox"/> はい	医療機関または治療院	受診日	20 年 月 日
<input type="checkbox"/> いいえ	診断、治療・処置	紹介状	: 有・無
		MRI・CT	: 有・無

治療中の病気などについて記入してください

嗜好品の習慣

アレルギー <input type="checkbox"/> (薬・食物・花粉症・アトピー・金属・その他)	喘息 <input type="checkbox"/> 体内金属 <input type="checkbox"/> ()	タバコ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 本/日
糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> ()	高血圧 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> ()	お酒 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 回/週
高脂血症 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> ()	かかりつけ医療機関 ()	女性の方へ
おくすり手帳 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		現在、妊娠していますか？ <input type="checkbox"/> はい () 週
		授乳していますか？ <input type="checkbox"/> はい

本日の診察について医師のご希望はありますか

特になし あり スポーツ外来 一般外来 医師のご希望あり () 医師

当クリニックを受診したきっかけを教えてください

知り合いから紹介 インターネット (当院ホームページ) インターネット (医療情報サイト)

チームから紹介 チラシ 近所 吉祥寺街頭ビジョン その他 ()