

# 問診表

年 月 日

フリガナ		生年月日	性別	ご職業
お名前		年 月 日	男 女	
現住所	(〒 - ) 都 道 府 県			
電話番号	( ) -			

本日は下記のいずれをご持参されましたか。

健康保険証  マイナンバーカード保険証  その他 ( )

他の医療機関からの紹介状等はお持ちですか。

いいえ  はい

直近1年間で健診（特定健診や高齢者健診など）を受けられましたか。

（マイナ保険証での健診歴取得に同意された方は記載不要です）

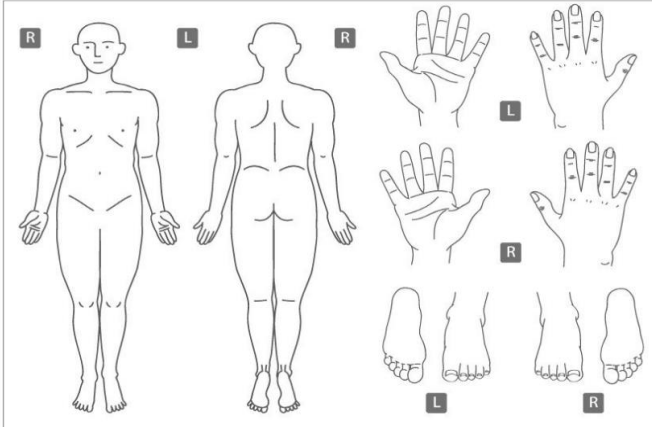
いいえ  はい (健診名： 時期： )

※介護保険の介護度認定を受けており、介護保険にてリハビリを行っていますか

（※介護度認定を受けている方はリハビリの有無に関わらず、介護度認定に☑もお願いします）

認定を受けていない  認定を受けているが、リハビリは行っていない  認定を受けており、リハビリも行っている

介護度認定の種類  要支援1  要支援2  要介護1  要介護2  要介護3  要介護4  要介護5

時期 ( )	
症状 <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> はり・こり <input type="checkbox"/> 腫れ	
<input type="checkbox"/> その他 ( )	
<u>症状が出た原因はございますか</u> ( )	
<u>次の項目に該当しますか</u>	
<input type="checkbox"/> 労災申請中・予定 <input type="checkbox"/> 第三者による加害 <input type="checkbox"/> 交通事故	
<u>今回の症状で治療を受けたことはございますか</u> ( )	
	※ 症状のある部位を図に示してください

現在治療中の病気はございますか

いいえ  はい ⇒  高血圧  糖尿病  高脂血症  胃潰瘍  喘息  貧血  痛風  
 脳梗塞  心臓病  腎臓病  肝臓病  その他 ( )

現在使用しているお薬などはございますか

いいえ  はい ⇒ ( )

過去に病気やケガで手術受けたことはございますか

いいえ  はい ⇒ ( )

お薬や麻酔などでアレルギーや副作用が出たことはございますか

いいえ  はい ⇒ ( )

スポーツ歴をお聞かせください

種目 頻度 年数

検査・治療に関してご要望はございますか

飲み薬  湿布・塗り薬  注射  リハビリ  骨粗鬆症の検査  リウマチの検査  再生医療（PRP、培養幹細胞療法）  
 その他 ( )

※女性の方にお聞きます。現在妊娠中もしくは妊娠の可能性はございますか

いいえ  はい