

問診票

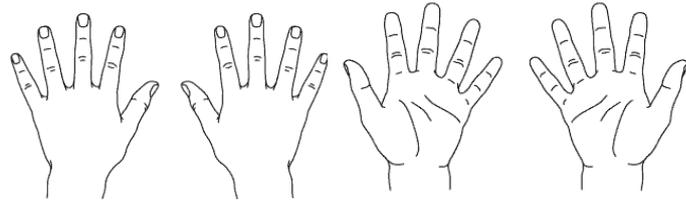
来院日 年 月 日

ふりがな 名前		男／女	※女性の方へ 妊娠なし／可能性＋／妊娠中／授乳中
住所	〒		
連絡先	電話	生年月日	T/S/H/R 年 月 日 (歳)
お薬手帳	無／有／忘れ／アプリ	他医の画像持参	なしあり()
介護保険	介護認定を受けていますか？ 要支援(1・2) / 要介護 ・ 介護認定無し		
来院目的	診察 / リハビリ / インソール・装具 / その他:		
来院のきっかけ	近所／紹介()／その他:()		
発症のきっかけ (有無に○をつけてください)	交通事故(自賠責保険使用 有／ 無) 仕事・通勤中の怪我 (労災申請予定 有／ 無) その他()		

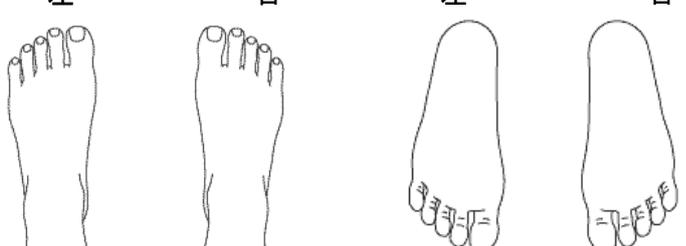
どのような症状ですか？	痛み／しびれ／こり／違和感／その他:
いつごろからですか？	

症状のある部位を塗りつぶしてください。
(症状がいくつかある時は、困っている順に番号をつけてください)

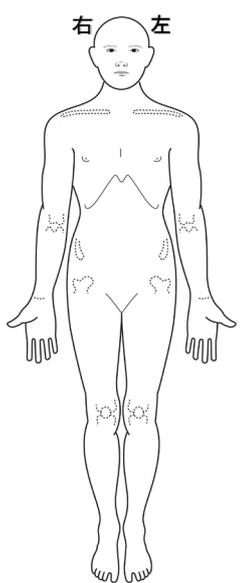
左 右



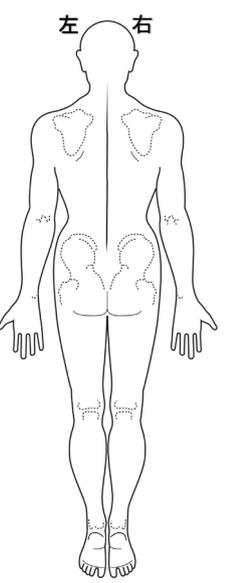
左 右



右 左



左 右



	いつ頃	医療機関名	検査	診断名	治療内容	リハビリ
今回の症状で治療は行ないましたか？						無／有
他に治療中の病気はありますか？						無／有
仕事			アレルギー	なしあり()		
過去の病気や怪我			排尿障害	なしあり()		