問診票　　ID：　　令和　　年　　月　　日

ふりがな		性別（ 男 ・ 女 ）	生年月日
お名前		身長　　cm 体重　　kg 利き腕（ 右・左 ）	大・昭・平・令 年　　月　　日（　　歳）

★ 他院からの紹介状や画像のデータ持参はありますか？　□はい　□いいえ

★ 服用中のお薬はありますか? □はい　□いいえ

★ お薬手帳はお持ちですか?　□はい　□いいえ

★ 血液をサラサラにするお薬やステロイドは飲んでいますか？ □はい（　　） □いいえ

本日の症状について教えてください

★診察希望部位を ☑ してください **複数ある場合は症状の強い順に2か所まで**ご記入ください 例：1 肩　2 ひじ		**いつから** **（症状の出た時期）**	どんな症状ですか （例：痛い・しびれる・腫れている・動きが悪い）
部位			
右・左	□ 肩		
	□ くび □ 背中 □ 腰		
右・左	□ ひじ □ 手くび □ 手のひら □ 手の指		
右・左	□ 股関節（あしのつけね）		
右・左	□ ひざ □ 足くび □ 足の甲 □ 足の指		

その他（

思い当たる原因はありますか？

□ 不明　□ ぶつけた　□ 転倒　□ スポーツ（　　）□ その他

下記に該当しますか？

□ 交通事故（　月　日）　□ 仕事、通勤中　□ 学校や通学、部活中　□ 該当しない

★★現在妊娠中・授乳中ですか？※女性の方は必ずチェックして下さい	介護保険の申請状況
妊娠中　□はい　※左記あてはまる方は必ず直接医師にもお伝え下さい。 **授乳中　□はい**　レントゲン撮影やお出しする薬に制限があります。 **□どちらもあてはまらない**	未申請 要支援　1　・　2 要介護　1.　2.　3.　4.　5

アレルギーについて

★薬のアレルギーはありますか　□ない　□ある　（　　）

お仕事や普段しているスポーツ

□デスクワーク　□よく歩く　□力仕事　□立ち仕事　□医療・介護職　□無職

□学生（学校名　　）　□　その他（　　）

★普段しているスポーツと頻度　（　　）

現在治療中や今までに言われた事のある病気について

□糖尿病（A1ｃ　　）□緑内障　□骨粗鬆症　□心臓病　□ペースメーカー　□喘息　□痛風

□脳梗塞（麻痺　右・左）□肝臓病　□腎臓病　□胃潰瘍　□高血圧　□不整脈

□手術をしたことはありますか？（手術部位/いつ頃：　　）

下記で要望する項目があれば教えてさい

□骨密度検査をしたい（これまでに検査したことが　□ある　□ない）□セカンドオピニオン　□継続通院は難しい

□理学療法士によるリハビリや物療（器械を使ったリハビリ）をしたい　□運動やストレッチを教えて欲しい

□すぐに痛みを取って欲しい（ブロック注射や強い薬をつかってでも直ぐに痛みをとりたい）

□じっくり痛みを取って欲しい（注射や強い薬は希望しないが痛みを取る方法を相談したい）

※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。