

〈問診票〉

年 月 日

氏名： \_\_\_\_\_

ID： \_\_\_\_\_

職業： \_\_\_\_\_

身長： \_\_\_\_\_ cm

体重 \_\_\_\_\_ kg

1. 本日の受診の理由は何ですか。  
痛みの治療 ・ その他の症状 ( \_\_\_\_\_ )

※痛みや痺れのある所に○で記して下さい。

2. どんな症状ですか。  
頭痛・顔痛・首痛・肩痛・腕痛・胸痛・背部痛・  
腰痛・股関節痛・膝痛・足痛・ヘルペスの痛み・  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

3. いつ頃からですか。  
( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日頃から)

4. その時何か原因がありましたか。  
はい (原因 \_\_\_\_\_ ) ・ いいえ

5. 今までにその症状をどこかで診てもらいましたか。  
はい (どこで \_\_\_\_\_ ) ・ いいえ

6. その時どのような治療を受けましたか。  
飲み薬・シップ・注射・リハビリ・電気治療・はり・その他 ( \_\_\_\_\_ )

7. アレルギー体質や異常体質と言われたことがありますか。  
はい (できれば詳しく \_\_\_\_\_ ) ・ いいえ

8. 注射や薬で気分が悪くなったり発疹が出たことがありますか。  
はい (できれば詳しく \_\_\_\_\_ ) ・ いいえ

9. 今までに歯科等で麻酔注射を受けて異常が出たことがありますか。  
はい (できれば詳しく \_\_\_\_\_ ) ・ いいえ

10. 現在又は、今までに次の病気にかかったことがありますか。  
はい (高血圧・心臓病・糖尿病・緑内障・胃潰瘍・腎臓病・高脂血症・肝臓病・  
その他 ( \_\_\_\_\_ )) ・ いいえ

11. 今までに手術をされたことがありますか？  
はい (できれば詳しく \_\_\_\_\_ ) ・ いいえ

12. 現在、薬を服用していますか。  
はい (薬名 \_\_\_\_\_ ) ・ いいえ

13. 心臓病でペースメーカーを使用していますか。 はい ・ いいえ

14. 現在、妊娠又は妊娠の可能性ありますか。 はい ・ いいえ

15. 介護認定を受けていますか。  
はい (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) ・ いいえ

16. 当クリニックをどの様にお知りになりましたか。  
他院や薬局からの紹介 ( \_\_\_\_\_ ) ・  
知人からの紹介 ( \_\_\_\_\_ ) ・ 行政からの紹介 ( \_\_\_\_\_ )  
ホームページ・近所

