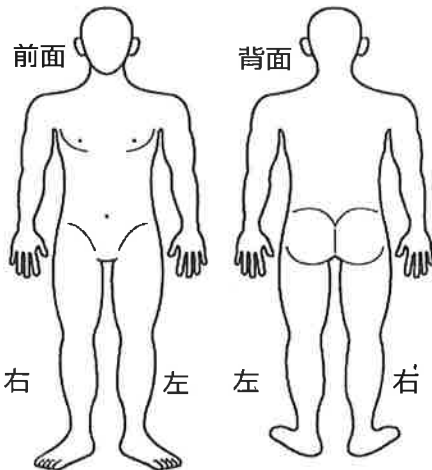


ふりがな		性別	生年月日	
氏名		男・女	大・昭・平	年 月 日 (歳)
住所	〒	連絡先	自宅(- -)	
			携帯(- -)	
右記は平成28年4月から重要な項目になりました。40歳以上の方は必ずご記入下さい。		◆介護保険の認定を受けていますか？		
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		要介護 1 2 3 4 5 要支援 1 2	通所リハビリ・デイケア等をご利用の方はご利用施設等をご記入ください。	
◆今までにアレルギー反応の出た食べ物・注射・薬剤等がありますか？				
<input type="checkbox"/> はい () <input type="checkbox"/> いいえ				
◆ペースメーカーは入っていますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
◆【女性の方のみお答えください。】現在、妊娠中・妊娠の可能性、または授乳中ですか？				
<input type="checkbox"/> はい 妊娠(月) <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性が有る <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> いいえ				

◆症状についてお尋ねします。分かる範囲でお答えください。

下図で、症状のある部位を○で囲んでください。



◎いつ頃からですか？

()

◎きっかけはありますか？

- 工作上・通勤上 (労災申請のご予定 : あり・なし)
- 交通事故 (事故日: 年 月 日)
- (保険会社へのご連絡 : 未・済)

※上記2つに該当する場合は問診票提出時に受付にお声かけください。

◎どのような症状ですか？“しびれ”等がありますか？

()

◎今回の症状で他の医療機関を受診しましたか？

- はい () 病院・医院・クリニック・整骨院 いいえ
- 治療内容 手術 投薬 注射 リハビリ
- その他()

◆治療に必要な情報になりますので、下記の質問にお答えください。

◎現在治療中の病気がありますか？

- 高血圧 糖尿病 心臓病 脳梗塞 腎臓病 いいえ
- 喘息 透析 胃潰瘍 B型肝炎 C型肝炎
- その他 ()

◎過去にけがや病気で手術を受けたことがありますか？(手術の時期・内容等ご記入ください)

はい () いいえ

◎現在、内服している薬がありますか？※お薬手帳をお持ちの方は問診票と一緒にご提出ください。

はい () いいえ

◆来院の動機

- 紹介 (病院・クリニック 家族 知人 当院スタッフ)
- 口コミ インターネット その他 ()

◆通院となった場合、通院可能な曜日、時間帯をご記入ください。

() 曜日 午前・午後

◆その他、特記事項やご希望の検査などがございましたらご記入ください。

()

※初診の方や新たな症状でご来院の方は診察まで1時間程度かかる場合がございます。ご了承下さい。
 ※問診票の個人情報は、個人情報保護法に基づいて厳正に管理致します。