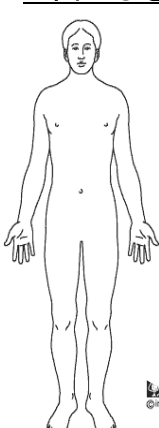
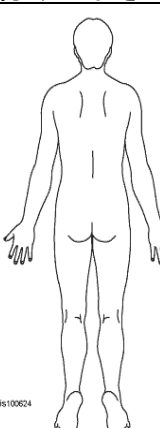


問診表

記入日： 年 月 日

ふりがな			☐ 男	大・昭・平・令	
おなまえ			☐ 女	年 月 日生	才
おところ	〒	電話番号	—	—	身長 cm
		携帯電話	—	—	体重 kg
県	市・郡				
① 具合の悪い所はどこですか？					
※図に○を付けて下さい 正面  右 背面  右			◆いつごろどうされましたか？ ◆どのような症状(ご希望)ですか？ ☐ けがをした ☐ しびれがある ☐ その他 ☐ 痛みがある ☐ 力が入らない ※下記に具体的にお書きください		
② 現在治療中の病気やけがはありますか？				ある場合、それは骨粗鬆症の治療ですか？	
☐ ある → ☐ ない		※病名や時期を教えてください		はい ・ いいえ	
③ 今までに大きな病気やけが、手術をしたことがありますか？					
☐ ある → ☐ ない		病名		けが・手術	
④ 現在お薬を飲まれていますか？					
☐ 飲んでいる → ☐ 飲んでいない		※お薬名を教えてください(お薬手帳をお持ちの方は受付にご提示ください)			
		☐ 手帳持参なし			
⑤ 今までに「お薬」、「麻酔」、「食べ物」で副作用やアレルギーなどが出たことがありますか？					
☐ ある → ☐ ない		※どのような内容若しくは食べ物の種類をご記入ください。			
⑥ 40 歳以上の方にお尋ねいたします。介護保険のご利用はありますか？					
※お持ちの介護度に○を付けてください。要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)・無					
※現在、介護保険施設をご利用の方は施設名の記入をお願いします。()					
⑦ 体内にペースメーカー、金属類等が入っている方はお知らせ下さい。					
☐ 入っていない ☐ 入っている →		[] ※入っている物の名称をご記入ください			
⑧ 女性の方のみお伺いいたします。該当するものにレ点を付けてください。					
☐ 右記該当なし ☐ 妊娠している(月) ☐ 妊娠している可能性がある ☐ 授乳中である					
⑨ 本日、平井整形外科リハビリテーションクリニックを選ばれた理由を教えてください。					
身内の紹介・友人、知人の紹介・自宅(職場)に近いから・他医院からの紹介・以前からのかかりつけ 新聞・雑誌・インターネットなどの広告〔何をご覧になりましたか？： 〕・その他〔 〕					

※お仕事中・通勤途中のけがや交通事故の方は必ず受付にお申し出ください※裏 面 へ

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めております。

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お願い致します

医療情報取得加算(初診時)・・・1 点

★マイナ保険証及びオンライン資格確認による診療情報取得に同意されますか？

(はい ・ いいえ)

職員記入欄: 歩行状態等

独歩 ・ 一本杖 ・ 松葉杖 ・ 歩行器 ・ シルバーカー ・ 車椅子	介助の有無(・介助あり ・監視 ・介助なし)
お付き添いのご関係()	



平井整形外科リハビリテーションクリニック