

問 診 票

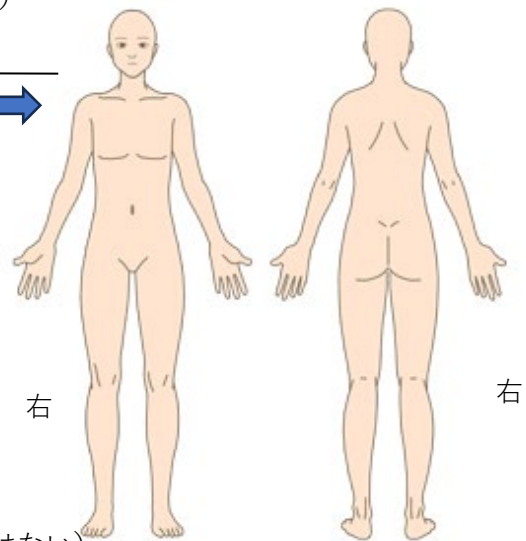
ふりがな		男 ・ 女	生年月日 年齢	昭・平・令		
氏名				年	月	日 (歳)
住所	〒					
携帯番号						
電話番号						

1. 症状が出たきっかけはありますか？

- 交通事故 工作中的ケガ（通勤中含む） 学校でのケガ（通学中含む） スポーツ
 その他 ()

2. いつから痛みが起きましたか。 _____

痛みの箇所を、右の図に○をつけてください。 →



3. 痛みが起こった心当りはありますか？ (ある・ない)

あった方は具体的に記入してください。

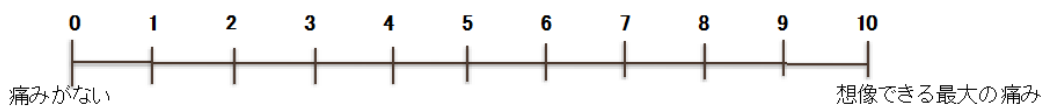
4. どのような痛みですか？

5. 痛みは強くなっていますか？

(強くなっている・変わらない・軽くなっている)

6. 痛みはいつもありますか？ (いつもある・いつもではない)

7. 痛みの強さはどのくらいですか？



8. どのような場合に痛みが強くなったり、軽くなったりしますか？

【強くなる場合】

【軽くなる場合】

9. 今までにこの痛みについて診断されましたか？また治療を受けたことがありますか？ (ある・ない)

a. いつ、どのように診断されましたか。

医療機関名 _____

接骨院名 _____

b. どのような治療を受けましたか。

裏面もご記入下さい

10. 今までに下記病名の診断を受けたことがありますか？ (ある・ない)
高血圧 心臓病 糖尿病 腎臓病 喘息
その他 ()
11. 今までに手術を受けたことがありますか？ (ある・ない)
人工関節 (膝・股・肩) (左・右) ペースメーカー
その他 ()
12. 体に傷がしやすい、採血の時に血が止まりにくいことがありましたか？ (ある・ない)
13. 現在使用している薬がありますか？ (ある・ない)
お薬手帳をご提示いただきますとご記入不要です。ない方は薬名を記入してください。
※マイナ保険証は、直近1か月以内の薬剤情報は取得できません。以下に薬剤名を記載ください

-
14. 薬の副作用やアレルギー (食べ物・注射・消毒)
また治療中に特別な反応が起こったことがありますか？ (ある・ない)
ある方はどのような反応が起こったか記入してください
-

15. 診断のためにレントゲン・CTを利用することに同意しますか？ (はい・いいえ)
16. 女性の方にお聞きします。現在、妊娠されていますか？ (はい・いいえ)
17. 現在、介護認定を受けていますか？ (はい・いいえ)
はいの方は、該当するものに○をつけてください。 要支援/要介護 (1・2・3・4)
訪問リハビリ、デイケアなど利用されていますか？ (はい・いいえ)
18. 当院にご来院したきっかけ、もしくは知ったきっかけは何でしたか？ (複数選択可)
 紹介 (続柄、お名前)
 ホームページ その他 ()

※ お薬手帳・薬剤情報・紹介状などがございましたら、受付までお預け下さい。

※ お仕事のおケガ・交通事故の方はお申し出ください。原則保険証は使用できません。

～患者様へのお願い～

- 当クリニック、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者の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。