

ID :

## 問診票

診察日	年 月 日	体温	℃
(フリガナ) 氏名	男・女	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 ( 歳)
自宅住所	(職業) (自宅電話) — — (携帯電話) — —		
身長	cm	体重	kg

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか？

- ・症状のある部位を右の図で示してください ⇒
- ・いつ頃からですか。 \_\_\_\_\_ 頃から
- ・症状が出たきっかけ、原因はなんですか？

原因不明 その他 ( )

転倒・その他の外傷 労災・交通事故

受傷日 ( 年 月 日) 受傷日 ( 年 月 日)

内容 ( ) 内容 ( )

- ・どのような症状ですか。

痛い (安静時・動作時・起床時・就寝時)

性質 (ズキズキ・ジンジン・鋭い・にぶい)

**※どのような動作で痛いですか？ (**

張りがある 腫れている・熱がある しびれる

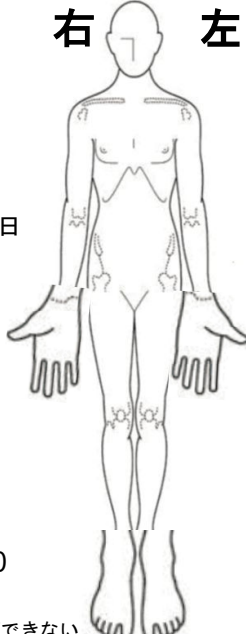
違和感がある その他 ( )

2. 現在の痛みやしびれの程度に○をつけてください。

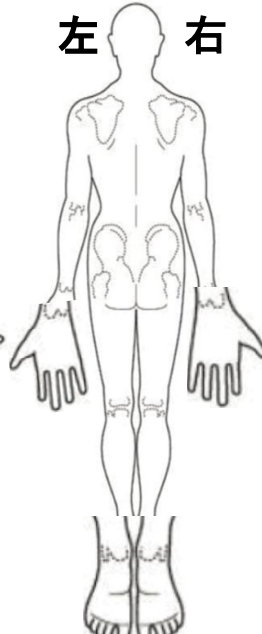
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

痛みなし 少しい 痛い とても痛い 我慢ができない

右



左



3. 過去に手術を受けたことがありますか？ いいえ はい ( )

4. 体内に金属等がありますか？ なし ステント ペースメーカー その他 ( )

5. 他病院で検査や治療を受けていますか？ ※「はい」の場合は受けた検査や使用した薬の名前をお書きください いいえ はい ( )

6. 今までに下記の病気、その他入院を必要とする病気にかかったことはありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 胃十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> B型肝炎・C型肝炎(治療中・完治) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 心療内科疾患 <input type="checkbox"/> その他 ( )	7. 現在服用している薬がございますか？ * お薬手帳ございましたら、ご提出ください <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (お薬の名前 _____)
---	---

8. 麻酔(歯医者含む)で気分が悪くなったことがありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	9. 注射、薬で副作用が出たことがありますか？ またどのような症状ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (症状: _____)
--	---

10. 妊娠の可能性はありますか？(女性の方のみ) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性ある <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 授乳中である <input type="checkbox"/> 閉経: _____ 歳	11. 歯科治療をしていますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( _____ )
--	---

12. レントゲン撮影等診療前に検査をしてもよろしいですか？  
(当院ではお待ち時間軽減ため問診票から院長の指示のもと診療前に検査をさせていただいています。)

はい いいえ

13. 介護サービスは利用していますか？  
なし デイサービス デイケア

- ・介護認定の有無 ※「あり」の方は当てはまる数字に○をつけてください。

あり なし 要支援 ( 1 2 3 4 5 )

要介護 ( 1 2 3 4 5 )

