

問 診 票

記入日 年 月 日()

フリガナ		生年月日	/ /	男・女
お名前				
ご住所				
携帯電話		ご自宅		
緊急用連絡先()				

該当項目の口にチェックを入れてください。

◆主訴(1番困っていること、来院されたきっかけの症状)

頸 肩こり・肩甲骨 背中 肩関節 肘 手首 手・手指

腰・お尻 太腿 すね・ふくらはぎ 膝 足・足首 足指 その他()

◆どのような症状ですか？

痛み 痺れ 腫れ 動かしにくい 違和感

◆症状はいつごろからですか？

年 月 日頃

◆きっかけや心当たりはありますか？

ない ある あるとお答えの方は、下記に詳しくご記入ください。

◆どのような時に症状が強くなりますか？

動いた時(歩行時/起き上がり時/寝返り時/立ち上がり時) 安静時 寝る時、横になった時

◆現在治療中の疾患

年 月 日頃から

病院名:

治療法: 薬 注射 理学療法 手術 その他

◆現在、内服中のお薬は？（お薬手帳をお持ちの方は記載不要です。）

◆既往歴（入院・通院・手術加療など行ったことがある場合はご記入ください。）

年 月 日頃から

病院名：

治療法： 薬 注射 理学療法 手術 その他

◆アレルギー歴

ない ある あるとお答えの方は、下記に詳しくご記入ください。

◆妊娠の有無

ない ある（ 週目） 妊娠の可能性あり

◆人工関節や体内金属の有無

ない ある（部位： ）

◆職業 ※日常生活動作の把握のために必要なので業務内容だけでも記載してください。）

◆住居の種類 ※治療目標の把握のために必要なので記載をお願いします。

集合住宅（エレベーター あり） 集合住宅（エレベーター なし） 一戸建て

◆同居している家族構成 ※治療目標の把握のために必要なので記載をお願いします。

例：〇〇と2人暮らし

◆運動習慣（具体的な内容とペースを記載してください。）

回/週 回/月

◆喫煙の有無

ない ある（ 本/日 × 年間）