

# 問 診 表

|      |                           |             |          |                    |   |        |   |
|------|---------------------------|-------------|----------|--------------------|---|--------|---|
| ふりがな |                           | 男<br>・<br>女 | 生年月日     |                    |   | 年<br>齢 | 歳 |
| お名前  |                           |             | 大・昭・平・令  | 年                  | 月 |        |   |
| ご住所  | 〒□□□-□□□□ 郵便番号のご記入をお願いします |             | 電話<br>番号 | 自宅： - -<br>携帯： - - |   |        |   |

|       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                 |                                                                                                    |                             |  |  |  |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--|--|--|
| お仕事   | <input type="checkbox"/> デスクワーク <input type="checkbox"/> 外回り <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 建築 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                 |                                                                                                    |                             |  |  |  |
| 運動    | <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> ウォーキング <input type="checkbox"/> 野球 <input type="checkbox"/> バレーボール <input type="checkbox"/> バスケットボール<br><input type="checkbox"/> サッカー <input type="checkbox"/> テニス <input type="checkbox"/> ゴルフ <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                                                                                                                                                  |                 |                                                                                                    |                             |  |  |  |
| 治療歴   | <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 腎不全 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心筋こうそく <input type="checkbox"/> 狭心症<br><input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> B型・C型肝炎 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 逆流性食道炎<br><input type="checkbox"/> がん ( 胃・大腸・肺・前立腺・その他 [ ] ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) |                 |                                                                                                    |                             |  |  |  |
| 手術歴   | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 体内の金属           | <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工関節<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |                             |  |  |  |
| 内服薬   | *薬手帳がありましたら記入不要です。ご提出ください。<br>現在のんでいるお薬 ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                 |                                                                                                    |                             |  |  |  |
| アレルギー | <input type="checkbox"/> 有                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 薬 ( )           | 妊娠                                                                                                 | <input type="checkbox"/> はい |  |  |  |
|       | <input type="checkbox"/> 無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 食べ物 ( ) その他 ( ) | 授乳中                                                                                                | <input type="checkbox"/> はい |  |  |  |
| 介護保険  | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                 |                                                                                                    |                             |  |  |  |

|                                                                                                                                                                                                                             |                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 今日はどうされましたか？                                                                                                                                                                                                                | 症状のある場所に印をつけてください |
| 受傷日： 月 日 週間/ヶ月前～<br><input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> しびれる <input type="checkbox"/> ねんざ・打撲 <input type="checkbox"/> 傷がある<br><input type="checkbox"/> 腫れがある <input type="checkbox"/> その他 ( )              |                   |
| 思い当たる原因は？                                                                                                                                                                                                                   |                   |
| <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 仕事中 <input type="checkbox"/> 通勤中 <input type="checkbox"/> 特になし<br><input type="checkbox"/> スポーツ <input type="checkbox"/> その他 ( )         |                   |
| 詳細をご記入ください<br><div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>                                                                                                                                       |                   |
| 希望する検査・治療がありますか？                                                                                                                                                                                                            |                   |
| <input type="checkbox"/> 骨密度検査 <input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> リウマチ検査<br><input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> MRI検査 <input type="checkbox"/> PRP <input type="checkbox"/> その他 ( ) |                   |
| その他気になることはありますか？<br>ご自由にお書きください                                                                                                                                                                                             |                   |

