問診票

記入日　令和　　年　　月　　日

ふりがな		性別	男・女	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年　月　日（　才）
お名前					
ご住所	〒			電話番号	―　―
				携帯番号	―　―

※未成年の方のみご記入ください

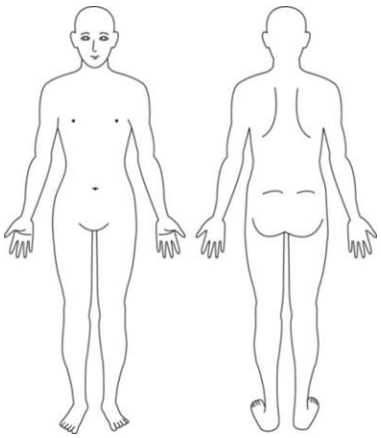
保護者様		続柄
	電話番号　―　―	（緊急の場合の連絡先）

お手数おかけ致しますが、できるだけ詳しくお答えください。

1. 症状についてお答えください。

■いつ頃からですか？　（　）

■部位はどこですか？→右図記入　（　）



■どのような症状ですか？

□痛み　□変形　□腫れ　□しびれ　□その他（　）

■きっかけ、原因をご記入ください。

□交通事故　□仕事中　□通勤中　□スポーツ中　□思い当たらない

□その他（　）

■痛みがある方は、痛みの程度を下記に〇をつけてください。

2. 今回の症状で他の医療機関で治療を受けていますか？

□いいえ　□はい（病院・治療院名　）

他の医療機関でリハビリテーションを受けていますか？

□いいえ　□はい（病院・治療院名　）

※他の医療機関でリハビリテーション（保険適用）を受けている場合、
当院でのリハビリテーションのご案内が難しい場合がございます。予めご了承下さい。

3. 女性の方へ　本日ﾚﾝﾄｹﾞﾝ撮影を行う場合があります。

■現在妊娠中ですか？　□はい　□いいえ　■現在授乳中ですか？　□はい　□いいえ

4. 介護保険の要介護認定を受けてますか。

□いいえ　□はい　要介護（ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ）　要支援（ 1 ・ 2 ）

5. 現在あるいは過去に、病気や怪我で手術や治療をしたことがありますか？ □ある（下記の項目にチェックをお願いします） □なし

□高血圧　□糖尿病　□心臓病　□脳梗塞　□胃潰瘍　□不整脈　□喘息　□肝臓病
□腎臓病　□痛風　□リウマチ　□その他（　）

6. 現在服用しているお薬はありますか？　※お薬手帳をお持ちの方はご提出頂き、記載は不要です。

□いいえ　□はい（お薬の名前:　）

また、薬や食品のｱﾚﾙｷﾞｰはありますか？

□いいえ　□はい（　）

7. 日頃されているｽﾎﾟｰﾂがありましたらお答えください。

■種目名（　）　■頻度・ｽﾎﾟｰﾂ歴（　）　■ポジション（　）

■所属チームまたは学校名（　）　■学年（　）　■利き手（　）

8. お仕事についてお答えください。

■職業（　）

■業務内容　□ﾃﾞｽｸﾜｰｸ　□立ち仕事　□重い物を持つ　□　□車の運転が多い　□歩く事が多い　□その他（　）

9. 当院に来院されたきっかけを教えて下さい。

□家族　□駅の看板　□ホームページ　□チーム・学校（　）□友人のご紹介（　）
□病院（　）□医院前の置きちらし　□その他（

ご回答ありがとうございました。ご記入が終わりましたらお手数ですが受付までお持ちください。

RIO clinic