

問 診 表 ・ 診 療 申 込 書

令和 年 月 日

フリガナ 名前	T・S
性別 男	生年月日 H・R 月 日 ( 歳)
身長・体重	cm/ kg
住所	
自宅 ( )	携帯電話 ( )
緊急連絡先 ( )	
職業	(会社員 ・ デスクワーク ・ 重労働 ・ その他 )
学校	(小学校 ・ 中学校 ・ 高校 ・ 大学 ・ 専門学 年生 その他 )

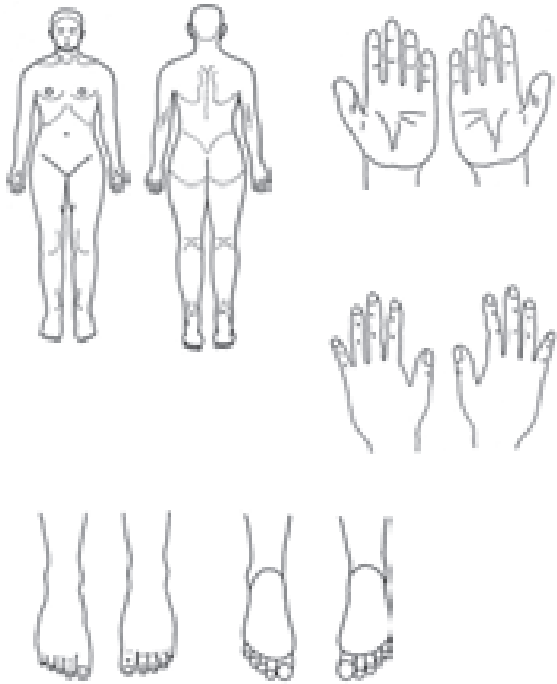
介護保険	なし	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	申請中
<input checked="" type="checkbox"/> 利用内容	リハビリ ・ デイサービス ・ その他 ( )								

※交通事故や労災の方はご記入願います。

・ 自賠責 (交通事故等) ・ 労災 (工作中 ・ 通勤災害等)

勤務先: \_\_\_\_\_ 勤務先電話番号: \_\_\_\_\_ 担当者: \_\_\_\_\_

①症状のあるところに○をかいてください。  
※1日に診察できるのは2部位までです。



※2部位ある方は②③④⑤⑥それぞれ記入してください

- ②いつ頃からですか。  
( )
- ③どのような症状ですか  
・ 痛み ・ しびれ ・ 腫れ ・ 違和感 ・ 傷 ・ しこり  
・ その他 ( )
- ④どのようなときに症状がでますか。  
( )
- ⑤思い当たる原因がある方は記入してください。  
( )
- ⑥今回の症状で治療を受けたことはありますか。  
・ あり いつ頃 ( )  
どこで ( )  
治療内容 ( )  
・ なし

- ⑦普段運動はしていますか。  
・ している → ( )  
・ していない
- ⑧現在治療中の病気がある方はチェックしてください。  
・ 心臓病 ・ 脳梗塞 ・ 喘息 ・ 高血圧 ・ 糖尿病  
・ 腎臓病 ・ 胃潰瘍 ・ リウマチ ・ 骨粗鬆症  
その他 ( )
- ※お薬手帳があれば、受付に提出してください。
- ⑨過去に大きい手術をうけたことはありますか。  
・ あり ( )  
・ なし
- ※女性の方へ 現在、妊娠又は授乳されていますか。  
・ している ・ していない ・ わからない
- ⑩お薬、注射、食べ物 でアレルギーや副作用が  
でたことはありますか。  
・ あり ( )  
・ なし
- ⑪治療に関するご希望を選択してください。  
・ 内服 ・ 湿布、塗り薬 ・ 注射 ・ リハビリ

アンケート
当院を何で知りましたか (複数回答可)。 ・ ホームページ ・ その他Webサイト ( ) ・ 口コミ ・ イトヨーカドー内ポスター ・ 元ふきもと整形に通院していた ・ 知人・家族の紹介 ( 様) ・ その他 ( )