



来院日: 年 月 日

身長() cm 体重() kg

ふりがな	男 ・ 女	大正・昭和・平成・令和	年齢
お名前		年 月 日生	歳
ご住所 〒	電話番号		
	携帯電話		
ご職業	(デスクワーク・立ち仕事)	緊急連絡先	同上・(- -)

※傷害保険等で問診票開示を求められる場合がありますので、正確に記載をお願いします。

(1)症状はいつからですか？

()

(2)どのような症状ですか？

- ・痛い・こわばる・しびれる・ぐらぐらする
- ・だるい・腫れている・歩けない・かくかくする
- ・あがらない・張りがある
- ・その他()

下記のあてはまるものに○をつけてください。

- ・仕事中・通勤途中・交通事故・学校
- ・スポーツ中・日常生活
- ・その他()

(3)思い当たる原因・きっかけはありますか？

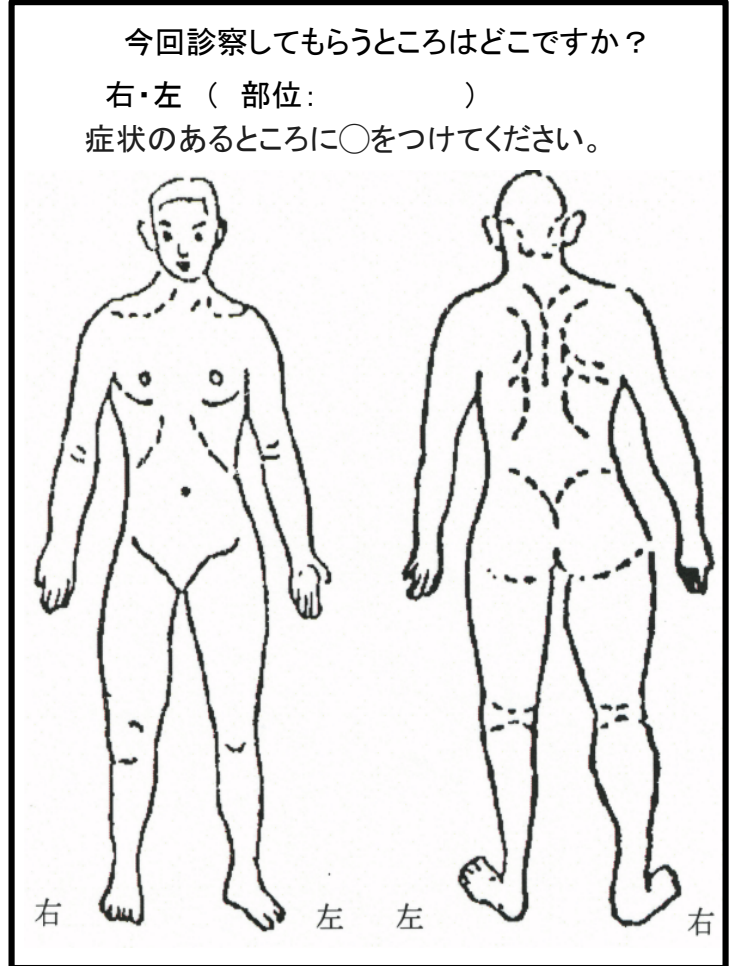
- はい 転倒 接触 捻った ぶつけた
 その他()

いいえ

◎現在、一番痛みのでる動きを簡単にお書きください。

例) 曲げる、伸ばす、歩く、体重をかける など

()



(4) 今回のケガ・症状で他院を受診されていますか？

はい / いいえ 紹介状・画像 あり / なし

(病名:) (病院名:)

(5) ご希望の検査はありますか？ ご希望の検査に○をつけてください。

レントゲン()・エコー()・血液検査()・骨粗鬆症検査()・CT()・MRI()

(CT/MRIは院外施設での予約検査になります)

(6) 受けてみたい治療法はありますか？ 受けてみたい○・受けたくない×

注射、ハイドロリリース()・運動療法()・ショックマスター/体外衝撃波()・超音波骨折治療器()

鍼()・電気治療()・インディバ()・マッサージ()・サイレントマニピュレーション()・PRP()

(7)今までにかかった病気や受けた手術、現在治療している疾患はありますか？

はい / いいえ

(病名:) (病院名:)

(手術名:)

(病院名:)

(手術日: 年 月 日)

(8) 現在服用中のお薬はありますか? はい / いいえ

・血圧の薬・糖尿病の薬・痛み止め・胃薬・抗血栓薬・その他()

本日、お薬手帳はお持ちですか? はい / いいえ

(9)体内に金属・医療機器は入っていますか? はい () / いいえ

(10)アレルギーはありますか? はい / いいえ

①薬によるアレルギーはありますか? 検査済み 未検

(薬剤名: 症状:)

②食品によるアレルギーはありますか? 検査済み 未検

(食品名: 症状:)

③その他、アレルギーはありますか? 検査済み 未検

何でどのような症状が出たのかを記載してください。

()

(11) 女性の方へ

①妊娠中ですか はい(週目) / いいえ ②授乳中ですか はい / いいえ

(12)その他、何かありましたらお書きください。(例:湿布かぶれ、閉所恐怖症など)

()

☆当院はオンライン資格にて情報の取得・活用し、質の高い医療の提供に努めています。