

問 診 票

記入日：令和 年 月 日

ふりがな		生年月日	大 平 昭 令 年 月 日		
お名前		年齢		性別	男 ・ 女
		電話番号			
ご住所	〒 -	携帯番号			

該当するものに○をつけて下さい。また、()内にご記入下さい。

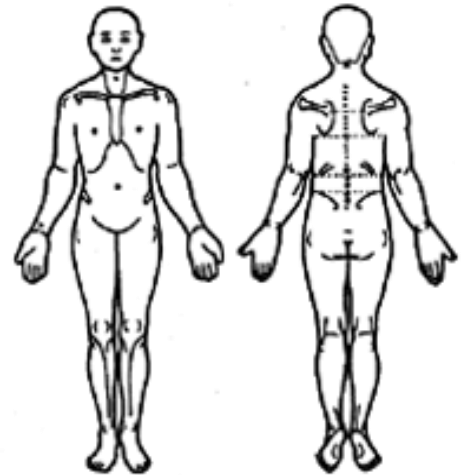
1. 痛み、しびれのある場所はどこですか？図に印をつけてください。

2. 痛みやしびれがいつ頃始まりましたか？

1か月以内 ・ 1～6か月以内 ・ 6か月以上

具体的な日にちを覚えている場合は記入して下さい。

年 月 日頃



3. 痛みやしびれが始まったきっかけとして、思い当たることはありますか？

例：転んだ

()

4. 痛みやしびれが始まってから今までの間に、症状の変化はありますか？

・ 和らいできている ・ 変わらない ・ ひどくなっている

5. 今の痛みやしびれについて、他の病院などで検査や治療を受けましたか？

・はい ⇒ 施設名： _____
治療・検査内容（注射 ・ 薬 ・ 手術 ・ その他）

・いいえ

6. 今の痛みを数字で表すと、どれぐらいですか？

（痛みなし）

（最悪の痛み）

0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 ・ 9 ・ 10

7. 痛みやしびれのためにできなくなったこと、困っていることがありますか？

()

8. 現在治療中の病気、又は以前かかったことのある病気がありますか？

・はい

・いいえ

1. 高血圧 2. 糖尿病 3. 喘息 4. 肝臓病（病名： _____）
 5. 心疾患（病名： _____） 6. 脳疾患（病名： _____）
 7. 癌（病名： _____） 8. 腎臓病（病名： _____）
 9. 精神科／心療内科受診歴（病名： _____）
 10. その他（病名： _____）

〈ウラに続く〉

9. 現在服用中のお薬はありますか？ ※お薬手帳やお薬の説明書がある方は、提出して下さい。
 ・はい ・いいえ
 内容 ()
10. 過去に、手術や事故を経験したことがありますか？
 ・はい ・いいえ
 (歳頃：内容)
11. アレルギーはありますか？
 ・はい ・いいえ
 ■ 薬剤名： 症状：発疹・あかみ・かゆみ・水ぶくれ・発熱・その他 ()
 ■ 食物名： 症状：発疹・あかみ・かゆみ・水ぶくれ・発熱・その他 ()
 ■ その他： 症状：発疹・あかみ・かゆみ・水ぶくれ・発熱・その他 ()
12. 職業を教えてください： _____
 仕事の内容： デスクワーク ・ 立ち仕事 ・ 重い物をもつ ・ 中腰が多い ・ 車の運転が多い
 歩くことが多い ・ その他 ()
13. 趣味や体を動かす習慣があれば教えてください。
 例：毎日1時間くらいウォーキングしているなど
 ()
14. 現在一緒に住んでいるご家族に○をしてください。
 父 ・ 母 ・ 配偶者 ・ 子供 (人) ・ 孫 (人) ・ その他 ()
15. 当院への通院時間と交通手段を教えてください。
 所要時間(通院にかかる時間) 約 分
 自家用車 ・ タクシー ・ バス ・ 電車 ・ 船 ・ 徒歩 ・ その他 ()
16. 当院を何でお知りになりましたか？
 紹介・・・ (当院スタッフ ・ 院外施設 ・ 家族 ・ 友人)
 院内の案内をみて ・ 情報誌 ・ インターネット ・ その他 ()
17. 治療に対するご希望がありますか？
 例：検査を希望。注射はいや。薬は飲みたくないなど
 ()
18. 介護保険をお持ちですか？
 ・はい (要支援： 1 ・ 2) (要介護： 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) ・いいえ
19. 女性の方へ質問です。現在、妊娠されていますか？もしくはその可能性はありますか？
 ・はい ・いいえ