

# 問 診 票

記入日：令和 年 月 日

ふりがな		生年月日	大 昭 平 令	年 月 日	
お名前		年齢		性別	男 ・ 女
		電話番号			
ご住所	〒 -	電話番号			
		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. 痛みはいつ頃から始まりましたか？

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： \_\_\_\_\_ ・いいえ  
治療・検査内容 ( 注射 ・ 薬 ・ 手術 ・ その他 )

6. 今の痛みを数字で表すと、どれくらいですか？

(痛みなし) 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 ・ 9 ・ 10 (最悪の痛み)

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？

( )

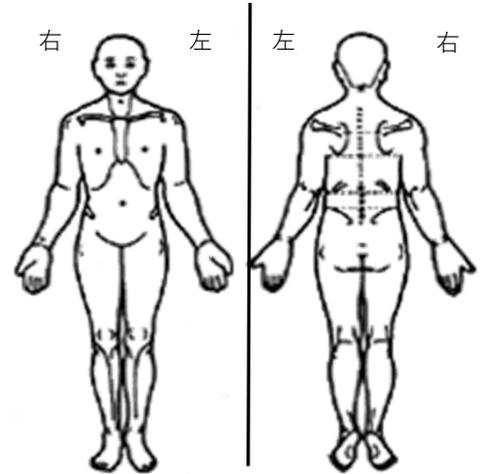
8. 現在治療中の病気、又は以前かかったことのある病気がありますか？

・はい \_\_\_\_\_ ・いいえ

1.高血圧 2.糖尿病 (HbA1c値： \_\_\_\_\_ ) 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： \_\_\_\_\_ )

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 ( )



〈ウラに続く〉

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 ( )

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、妊娠中または授乳中ですか？

・はい ・いいえ

20. マイナ保険証による診療情報の取得に同意しますか？

・はい ・いいえ

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。  
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。