

月 日

# 問診票

ふりがな

氏名

男・女

生年月日

T・S・H

年

月

日

身長：\_\_\_\_\_cm

体重：\_\_\_\_\_kg

住所

〒 \_\_\_\_\_ 電話番号 ( ) - \_\_\_\_\_

携帯電話 ( ) - \_\_\_\_\_

市

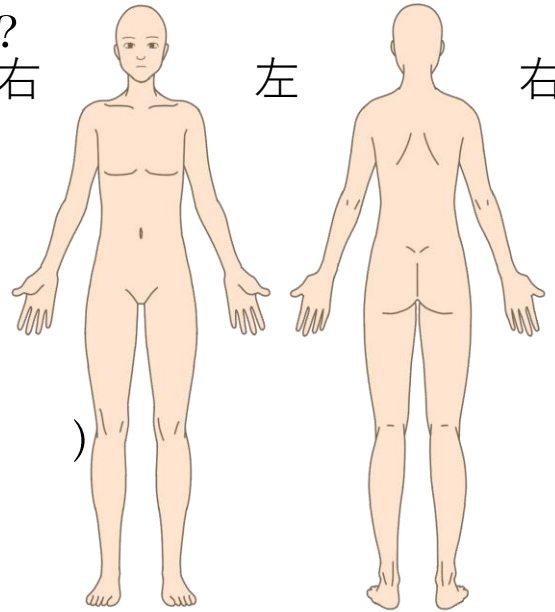
・いつからどのような症状がありますか？

右

左

右

・他院へかかっていたり、  
処方されているお薬はありますか？  
【お薬手帳があれば提出してください】



病院名 ( )  
薬 ( )

・かかったことのある病気

・他に医師に相談したいことはありますか？ **症状のある部位に○をつけてください**

・体内に以下のような医療用の金属、機器、人工物がありますか？  
あり なし  
【ありの方は下記に○か記入をしてください。】

心臓ペースメーカー、埋め込み型除細動器、人工骨頭、  
人工関節、釘、プレート、ボルトなど（整形外科の手術）  
その他 ( )

・現在、妊娠の可能性はありますか？  
あり なし

裏へ続く

現在の医療・介護サービスの利用状況についてお聞かせください

はい・いいえ のいずれかに ○マルをお願いします

①介護保険にて「要介護1～5」または「要支援1または2」の認定を受けられていますか？

はい

いいえ

②介護訪問サービスのうち「デイケア（通所リハビリテーション）」または「訪問リハビリ」を利用されていますか？

はい

いいえ

「はい」の方へ

利用施設名 ( )

担当ケアマネ名 ( )

③他の病院で個別リハビリテーションされていますか？

はい

いいえ