

問診票

柏の葉整形外科リハビリテーションクリニック

記入日： 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日	年齢	歳
氏名			大・昭・平・令	年	月
住所	〒 -				
電話番号		携帯			
介護認定 有・無 介護認定を受けている方 (要支援1・2 要介護1・2・3・4・5)					

1. 具合が悪い場所はどこですか。

部位 ()

※右図に○を記入しても結構です。

思い当たる原因・要因はありますか。

工作中・通勤中・交通事故・特になし・その他 ()

2. いつからですか。

月 日 ・ 日前 ・ 週間前 ・ か月前

3. どのような症状ですか。

- ・痛み ・しびれ ・変形 ・動きが悪い ・腫れ
- ・その他 ()

4. 同じ症状で他の医療機関に受診しましたか。

- ・はい (病名：)
- (治療：)
- ・いいえ

5. 現在薬を服用していますか。

- ・はい (薬の名前：)
- ・いいえ

6. 薬で何か副作用がでたことがありますか。

- ・はい ()
- ・いいえ

7. アレルギー体質ですか。

- ・はい ()
- ・いいえ

8. 現在妊娠していますか。又は妊娠している可能性がありますか。

- ・はい (カ月)
- ・いいえ

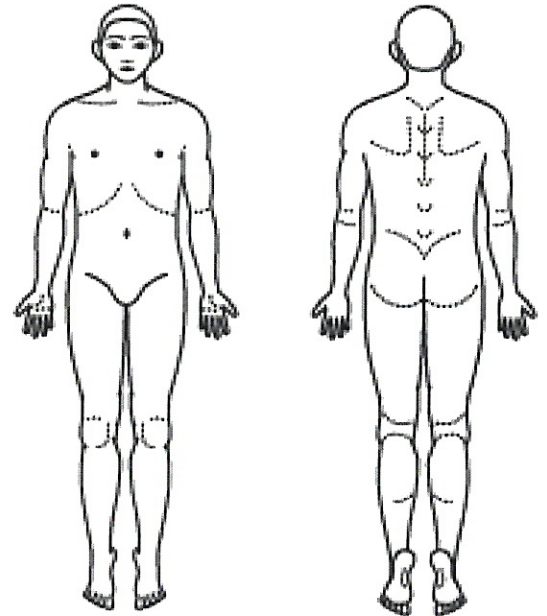
9. 今までにかかった病気で主なものをあげてください。

()

10. 当院を何で知りましたか。

- ・ホームページ
- ・その他 ()

症状のある部位に○をつけて下さい。



◆新型コロナについての質問です◆

該当の箇所にチェックして下さい。

- 1週間以内に37.5℃以上の発熱があった
- 2週間以内に海外渡航あり
- 自分の周りの方を含め2週間以内にPCR検査をした方がいる
- 咳、のどの痛み、倦怠感などがある
- 該当なし