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 氏名		男・女	生年月日　　年齢　　歳 大・昭・平・令　　年　　月　　日
住所	〒　　ー		
電話番号		携帯	
職業		普段やっているスポーツ	
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・左・両側　　）

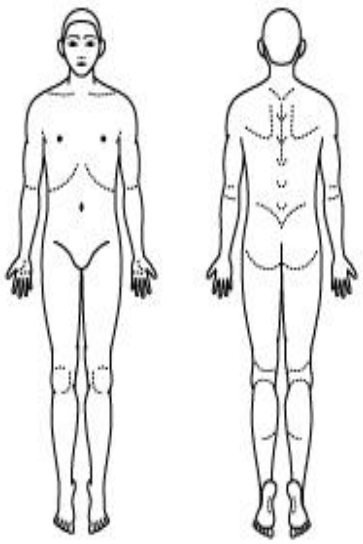
思い当たる原因・要因はありますか。

労災（仕事中 or通勤中）・交通事故・特になし

その他（　　）

*例）ドライヤーで髪の毛を乾かすとき　など生活動作

症状のある部位に〇をつけて下さい。



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。又どうしたら痛みが強く自覚されますか。

・痛み　（　　）

*例）膝く深く曲げたとき　など痛みが強くなる動作

・しびれ　・変形　・動きが悪い　・腫れ　・その他（　　）

4. 症状が出る頻度はどのくらいですか。

毎日・週1・月1・その他（　　）

5. 症状の強さはどのくらいですか。

（一番強い時を10として今の痛みのレベルのところに◯を記入してください）

【 1・2・3・4・5・6・7・8・9・10 】

6. 同じ症状で他の医療機関に受診しましたか。

・はい（病院名・治療内容:　　）

（紹介状・画像データ:　あり ・ なし ）

・いいえ

7. 現在薬を服用していますか。　　*薬の副作用が出た事がある場合はその他に記入お願いします

・はい（薬の名前:　　）

・いいえ

・その他（　　）

8. アレルギーはありますか。

・はい（　　）

・いいえ

9. 女性の方へ：　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

現在閉経はされていますか。

・はい（　　歳のとき）

・いいえ

10. 今までにかかった病気で主なものをあげて下さい。

（　　）

骨密度検査を希望されますか？

・はい

・いいえ

11. リハビリ希望　　※リハビリの実施は医師の指示によります。必ずできるとは限りませんのでご注意ください

・はい　　・いいえ　　・相談希望

12. 当院を何で知りましたか。

・ホームページ　　・その他（　　）