

ふりがな 氏名 歳 身長 cm 体重(約) kg

ご職業 有 (職種) 無 (定年後、主婦など)

スポーツ歴 有 (種目: 経験年数: 年) 無

既往歴(過去にかかった病気) 有 () 無

喫煙歴 ・吸わない ・吸っていた ・吸っている→1日に()本くらい 合計()年間くらい

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか。

下の図に○印をつけてください。

(月 日頃から
年前から 不明)

・症状

痛み・しびれ・はれ

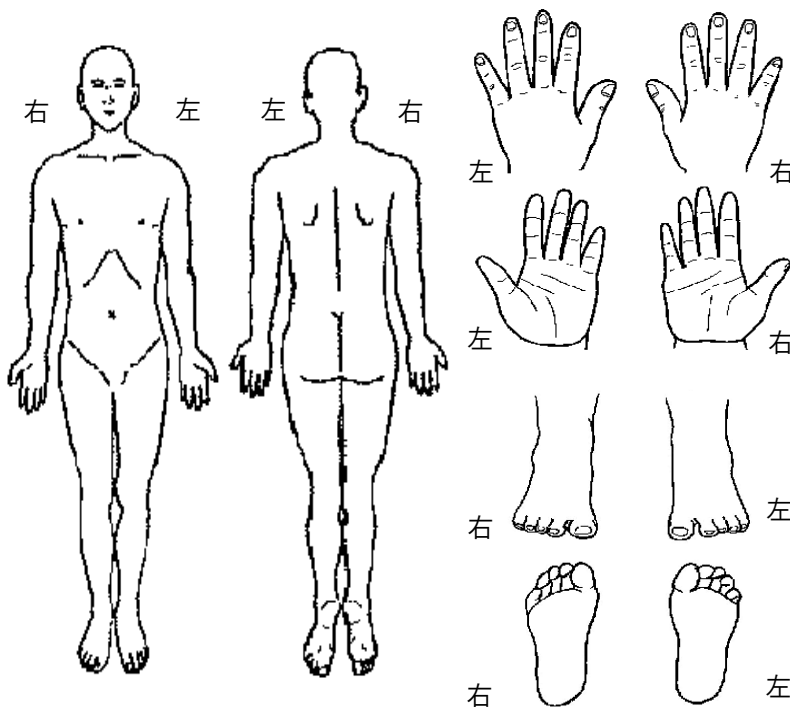
その他(下にご記入ください)

()

・きっかけ、原因はありますか。

- 1) 特になし 2) スポーツ中
- 3) 交通事故
- 4) 仕事中、行き帰りのけが
- 5) 学校でのけが
(学校保険⇒ 使う ・ 使わない)
- 6) その他(下にご記入ください)

()



2. 今現在、介護保険の認定を受けていますか。

いいえ

はい

要支援:

要介護:

3. 介護保険のサービスでリハビリをうけていますか。(いいえ ・ はい)

4. 現在、他の整形外科や接骨院等に通院していますか。

いいえ

はい

病院名:

5. 現在、治療中の病気はありますか。

- ☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 心臓病(狭心症・不整脈など) ☐ 脳梗塞 ☐ 腎臓病
☐ 喘息 ☐ 胃潰瘍 ☐ リウマチ ☐ 癌() ☐ 精神科系疾患()
☐ その他 ()

6. ペースメーカーを使用されていますか (いいえ ・ はい)

7. 現在、服用中のお薬はありますか。お薬手帳をお持ちの方は、問診票と一緒に出示してください

いいえ

はい

薬の名前:

8. 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか。

いいえ

はい

9. 今までに歯の治療などで麻酔の注射をしたときに具合が悪くなったことがありますか。

いいえ

はい

10. 女性の方のみお答えください。

妊娠中、または妊娠の可能性がありますか (いいえ ・ はい)

授乳中ですか (いいえ ・ はい)