問診票（ID:　　）　体温：　　℃　受診日：

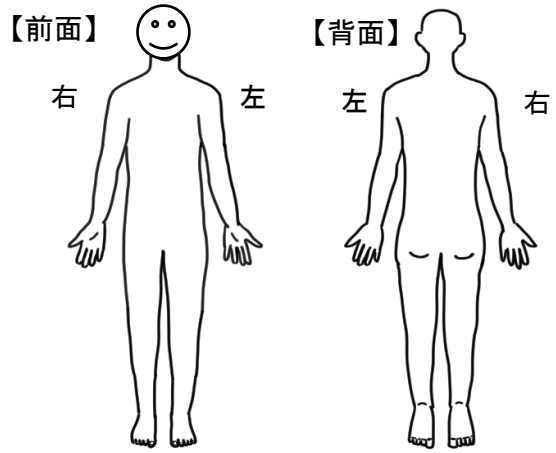
ふりがな		男・女	生年月日	年　月　日（　歳）	
お名前		身長	cm	体重	kg
住所	〒				
電話番号		緊急連絡先（本人以外）	（自宅）		
携帯番号			（携帯）	（続柄:　）	
職種（前職含む）		スポーツ歴	種目:		
			頻度:		

●来院のきっかけとなった症状を教えてください。

・どのような症状ですか？

・具合の悪い部分を〇で記入してください。

※痛みの場所を**赤色**、しびれを**青色**
違和感のある場所を**黒色**でお願いします。



・いつからですか？（例：2020 年頃／〇日前から）

・考えられるきっかけは何ですか？

□仕事中・通勤中のけが（労災）
□スポーツ（　　）
□その他（　　）
□交通事故（自賠責）
（　　年　月　日／単独・相手あり）
□原因不明

・今回の症状で受診をしましたか？

□受診していない
□以前受診した
□受診中（病院名：　　）
＊紹介状：あり・なし
＊画像ディスク：あり・なし

●上記以外の症状についておきかせください。

・現在治療中（内服・注射等）、または、指摘された病気がありますか？

□なし　□あり→下記の項目に記載をお願いします
□高血圧　□糖尿病　□脂質異常症　□脳梗塞・脳出血　□心臓病　□腎臓病　□肝臓病
□胃・十二指腸潰瘍　□喘息（最終発作：　　）　□リウマチ・膠原病　□パーキンソン病
□がん（部位：　　）　□インフルエンザ・コロナウイルス（　　年　月頃）
□前立腺肥大　□その他（　　）

・現在内服中の薬はありますか？※お薬手帳をお持ちの方はご提出ください。

□いいえ
□はい（薬剤名：　　）

※裏面も記入ください

・骨粗鬆症の治療（内服・注射等）をされたことがありますか？

□いいえ　□はい（薬剤名：　　）

・今までに手術を受けたことがありますか？　□いいえ　□はい（下記に詳細記載下さい）

病名	時期	病院名
	年　月頃	

・全身麻酔や局所麻酔で体調不良をおこした事がありますか。

□いいえ　□はい（症状：　　）

・体内に金属を入れる手術を受けたことがありますか？

□いいえ　□はい(種類:ペースメーカー／ステント／金属プレート／シャントチューブ／クリップ／神経刺激装置／　その他(　　))

→「はい」の方　・ＭＲＩ撮影は可能ですか？　□はい　□いいえ　□分からない

・「分からない」に□された方は、その手術を受けた医療機関名をご記入ください。

（医療機関名：　　）

●アレルギーについてご記入ください。

□なし　□あり →下記の表に対象となる物の名前と症状をお書きください。

	食品	薬剤	金属	造影剤	その他
対象のもの					
症状					

●生活状況についてお聞かせください。

・お酒は飲みますか？

□いいえ　□はい：種類(　　)を(　　)杯　／　毎日　・　週　　回　・　たまに

・たばこは吸いますか？

□いいえ　□過去に吸っていた、または喫煙中（１日　　本／　　歳～　　歳まで）

●女性の方へ：現在妊娠中、または妊娠の可能性はありますか？　□いいえ　□はい

●来院のきっかけを教えてください。

Q1. 当院の情報を見たことがあるものすべてに✓をつけてください（いくつでも）

□YouTube　□Instagram　□TikTok　□ホームページ　□Google マップ・口コミ　□見たことはない

Q2. 当院を「一番最初に」知ったきっかけを１つ選んでください

【紹介】□他の病院・クリニックからの紹介　□家族からの紹介　□友人・知人からの紹介

【インターネット】□YouTube　□Instagram　□TikTok　□インターネット検索・ホームページ
□Google マップ　□AI（ChatGPT・Gemini・Claude など）

【その他】□電柱看板　□立て看板　□通りがかり　□地域情報紙・チラシ
□当院リハビリ科の出張健康講座　□その他（　　）

●当院への来院方法について教えてください。(利用したものすべてにチェックを入れてください)

□徒歩　□自転車　□車　□バス　□電車　□バイク　□タクシー

□シャトルバス（　竹の塚駅　・　西新井　・　綾瀬駅　・　北綾瀬　・　六町駅　）

当院はマイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者様の診療情報を取得、活用することにより、
質の高い医療の提供に努めており、医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関です。
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よろしくお願い致します。