問診票

No.

フリガナ
お名前

☆　本日、受診の目的を簡単にお答えください。

☆　その症状はいつからですか？

該当するものがあれば〇を付けてください

①　交通事故　　②　労災　　③ 学校でのケガ　スポーツ保険摘要
④　外傷なし　　⑤　車いす

※痛みがあれば、下の目盛りでどのくらいか数字を〇で囲んでください

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
痛みはない		少し痛い			痛い		ひどく痛い		ほど痛い	耐えられない

☆　薬・注射・食物のｱﾚﾙｷﾞｰ　　なし　・　あり（　　）
☆　（女性の方へ）　妊娠の有無　　なし　・　あり
☆当院以外の病院にかかっていますか？　　なし　・　あり
　お薬も飲んでいれば記入してください。（お薬手帳あれば提示願います）

☆　どのような治療を受けたいか、ご希望はありますか？
リハビリ・投薬・注射・その他（　　）・医師の判断に任せる

☆　レントゲン　・　MRI　検査は希望されますか？

レントゲン検査　　⇒　する　・　しない　・　医師の判断に任せる
MRI　検査　　⇒　する　・　しない　・　医師の判断に任せる