

# 初診 問診表

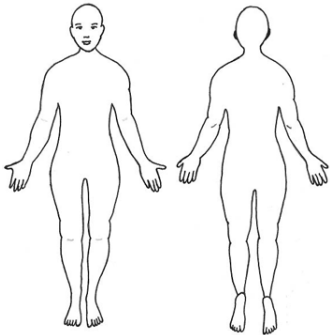
【ID:                   】

フリガナ	
名前	(男 ・ 女)
生年月日	年                    月                    日                    (                    歳)
電話番号	
住所	〒
職業	

① 本日はどうされましたか？

- 痛みがある     しびれがある     動きが悪くなった     リウマチが心配     リハビリテーション相談  
 交通事故     職場でのけが     その他

② 症状がある部位を○で囲ってください



症状はいつごろからありますか？ (                    頃から )

③ 今まで大きな病気や手術を経験したことはありますか？ (    ある                    ・                    ない                    )

(                    歳ごろ                    )

④ 現在、他の医療機関の診察を受けていますか？ (    ある                    ・                    ない                    )

(                    )

⑤ 煙草を吸いますか？ (    吸う                    ・                    吸わない                    ) (1日                    本程度                    )

⑥ アルコールは飲みますか？ (    飲む                    ・                    飲まない                    ) (週                    日程度                    )

⑦ 介護保険はお持ちですか？ (    ある                    ・                    ない                    ) (介護度                    )

⑧ 介護保険でリハビリテーションサービスを利用していますか？ (    している                    ・                    していない                    )

⑨ 女性の方への質問です。現在、妊娠していますか？ (    している                    ・                    していない                    )

ご協力ありがとうございました。

ご記入が終わりましたら受付に提出してください。



そうま  
**草馬整形外科クリニック**  
 リハビリテーション科