

初診 問診表

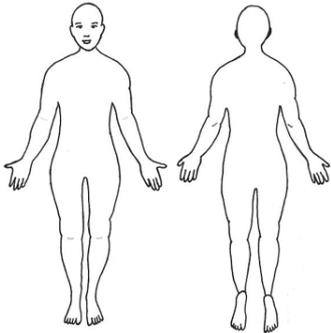
【ID: 】

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