

°C

問診票

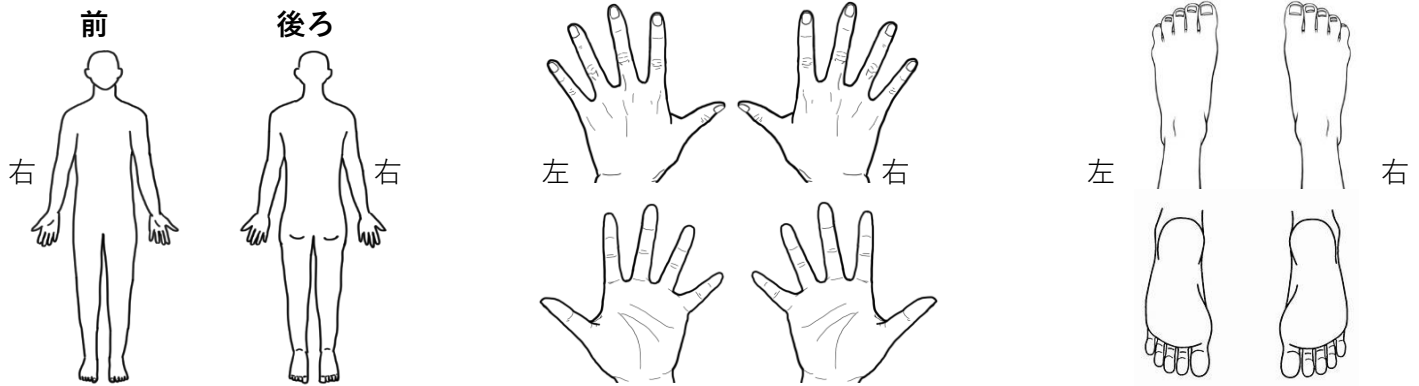
2025 年

月

日

ふりがな		性別	生年月日		
氏名		女・男	T・S H・R	年 月 日	☐ 妊娠中(週目) ☐ 授乳中 ☐ 妊娠の可能性あり
住所	〒			電話	携帯 (-) 自宅 (-)
職業	☐ 会社員(職種) (立ち仕事 座り仕事 力仕事 その他 :) ☐ その他(職種) ☐ 学生(学年) ☐ 主婦 ☐ 無し				
スポーツ	☐ なし ☐ あり (競技)		身長 cm / 体重 kg お薬量などの調整のため ご回答をお願いします		

気になる部位に○をしてください（※2箇所まで）



今回の症状について（※2箇所まで）

あてはまる所に○・✓をしてください

部位	①	②	①の症状	痛み その他	しびれ ()	腫れ	だるさ
いつから	本日	昨日 (月 日頃) 週間前 ヶ月前 年前	②の症状	痛み その他	しびれ ()	腫れ	だるさ
原因	☐ 工作中・通勤中のケガ ☐ 交通事故 ☐ スポーツ(競技:) ☐ 原因不明(急に / 徐々に 痛くなった) ☐ その他()		ケガをした 時の状況	(例: すべって転倒/階段の下りでひねった等)			
交通事故 の方	事故発生時刻 月 日 時頃		本人	車(種類)	自転車	歩行者	
			相手	車(種類)	自転車	歩行者	
今回と同じ部位で 他の病院を 受診しましたか? 紹介状あり / C Dあり		☐ いいえ ☐ はい 受診日: 年 月 日 頃 病院名: () 診断名: () 検査: レントゲン C T M R I 血液検査 (その他:)					
当院での治療について ※ご希望に添えない場合がございます							
医師の希望	☐ どちらでも ☐ 院長 ☐ その他医師		検査	☐ おまかせ ☐ M R I 検査希望 ☐ 骨密度検査希望 ☐ 他()		治療方法	☐ おまかせ ☐ 薬 ☐ 注射 ☐ リハビリ ☐ 他()
文書発行 希望	☐ 診断書(提出先:) ☐ 他()						
自費診療 希望	☐ ニコチン注射(ビタミン注射) ☐ 美白注射 ☐ ダイエット注射 ☐ ワクチン接種 ☐ AGA治療 ☐ サプリメント ☐ その他() ☐ 説明のみ希望						裏面もあります

現在服用中のお薬	なし	あり	【薬剤名】※本日お薬手帳の無い方のご記入ください
現在治療中の病気	なし	あり	☐ 糖尿病 ☐ 高血圧 ☐ 高脂血症 ☐ 胃潰瘍 ☐ 喘息 ☐ 脳梗塞/脳出血 ☐ がん ☐ 心臓病（ ） ☐ 甲状腺/副甲状腺 ☐ 緑内障 ☐ 腎臓病 ☐ 骨粗鬆症 ☐ 痛風 ☐ リウマチ ☐ その他（ ）
手術歴/治療歴	なし	あり	【病名】 いつ頃： 病院名：
			【病名】 いつ頃： 病院名：
			【骨折歴】 部位： 年齢：
右記に当てはまる 血縁ご家族の病歴 母・父・他()	なし	あり	☐ 関節リウマチ ☐ 側わん症 ☐ 人工股関節の手術歴 ☐ その他の遺伝する病気（ ）
アレルギー	なし	あり	【薬】 【食べ物】
介護保険	なし	あり	【認定区分】 要支援 要介護 ・現在介護保険でリハビリや体操等をされていますか？ ☐ はい ☐ いいえ
自宅から当院までの 主な交通手段	☐ 徒歩 ☐ 自転車 ☐ 車 ☐ 電車 ☐ バス ☐ タクシー ☐ 他（ ）		
当院を受診した きっかけ	☐ 家族や知人の紹介 ☐ インターネット ☐ Instagram ☐ Googleマップ ☐ 通りすがり ☐ その他（ ）		
本日ひらら光善寺 他店舗をご利用され ますか？	☐ いいえ ☐ スーパー ☐ 他医療機関 ☐ その他（ ）		
マイナ保険証による情報取得に同意しますか？ はい / いいえ 当院は診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めています。 正確な情報を取得・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力お願いいたします。			