職員記入欄　カルテ番号:　　　　年　　月　　日

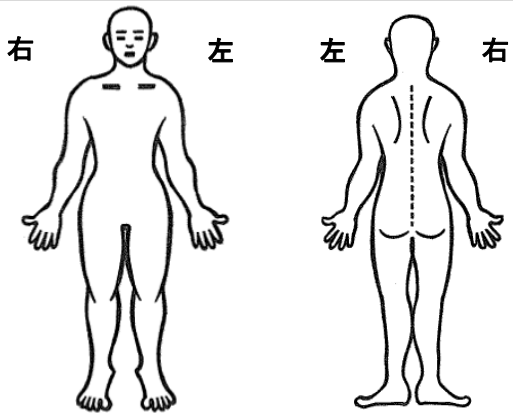
****

基 礎 問 診 票

※全ての項目にご記入ください

フリガナ 氏 名	男・女	年齢	歳	身長	cm	体重	kg	職業	

どの部位の症状ですか？該当する部位に印をつけてください



首　胸　背中　腰　肩　二の腕　肘　前腕　手首　手指
股（つけね）　お尻　太もも　膝　ふくらはぎ　足首
アキレス腱　かかと　足指　その他（　　）

利き腕はどちらですか？　□右利き　□左利き　□両利き

症状（受傷日）はいつからですか。（　　）

1　どのような症状ですか？

□痛み　**痛みを感じた時、その痛みは何点でしたか？。あてはまる数字に〇をつけてください。**

0　1　2　3　4　5　6　7　8　9　10

痛みなし　　中程度　　想像できる最大の痛み

□しびれ　□しこり　□はれ　□熱感　□違和感　□その他（　　）

2　どのような時に強い症状がありますか？

□起床時　□朝　□昼　□夕方　□晩　□就寝中

□突然　□常に　□徐々に　□動き始め　□歩行時　□安静時　□決まっていない　□その他（　　）

3　思い当たるきっかけや原因はありますか？

□転倒・転落　□ひねった　□ぶつけた　□使いすぎ　□生まれつき　□交通事故　□仕事中

□不明　□その他（　　）

4　今回の症状で、他の医療機関を受診しましたか？

□いいえ　□はい　医療機関名（　　）　医師名（　　）

【紹介状】□なし　□あり　　【医用画像】□なし　□あり

5　アレルギーはありますか？

□なし　□薬（　　）　□注射（　　）□食物（　　）□その他（　　）

6　希望される医師はいますか？

□いいえ　□はい（医師名　　）

※　裏面もご記入ください

7 現在治療中の病気はありますか？

□なし

□喘息（ぜんそく） □糖尿病 □高血圧 □心臓病 □腎臓病 □肝臓病 □甲状腺 □前立腺 □胃かいよう

□がん □脳・神経系 □呼吸器 □血液の病気 □その他（ ）

8 現在服薬中の薬はありますか？

□なし □あり（ ） □ピル（女性ホルモン製剤）

9 今までにかかった病気はありますか？

□なし

□喘息（ぜんそく） □糖尿病 □高血圧 □心臓病 □腎臓病 □肝臓病 □甲状腺 □前立腺 □胃かいよう

□がん □脳・神経系 □呼吸器 □血液の病気 □その他（ ）

10 手術を受けたことがありますか？

□いいえ □はい（ 手術名: 時期: 年 月 頃 ）

11 麻酔を受けたことがありますか？

□いいえ □はい（ 全身麻酔 ・ 局所麻酔 ・ 腰椎麻酔 ）

12 麻酔を受けて問題がありましたか？

□なし

□吐き気 □嘔吐 □寒気 □呼吸困難 □高熱 □麻酔からの覚めが悪かった □その他( )

13 ペースメーカーをしていますか？

□なし □あり

14 妊娠していますか、またその可能性はありますか？

□いいえ □はい

15 授乳中ですか？

□いいえ □はい

16 喫煙や飲酒の習慣はありますか？

喫煙習慣 □なし □あり（1 日あたり_____本） 飲酒習慣 □なし □あり

17 リハビリを希望しますか？

□いいえ □はい □医師の判断

＊転倒のリスクを評価する項目です。現在の歩行状態について当てはまるものにチェックをしてください。

□問題なし □ふらつく □ひどくふらつく □歩けない

備考欄

医療法人社団 紺整会