

ふりがな

お名前： \_\_\_\_\_ 男・女

生年月日：大・昭・平・令 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日生 ( ) 歳

〒 \_\_\_\_\_ (携帯) 電話番号： \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

ご住所： \_\_\_\_\_

体重： \_\_\_\_\_ kg、 身長： \_\_\_\_\_ cm

ご職業： \_\_\_\_\_ なし

1. 今日はどうされましたか？

痛み、しびれ、腫れ、しこり、 創、  
変形、その他 ( )

\*症状がある部位を右図に記してください

2. それはいつからですか？

3. 原因に心当たりはありますか？

原因不明 外傷 (ひねった・ぶつけた)

交通事故 労災 学校で

その他： \_\_\_\_\_

4. 今回の症状の治療を受けたことはありますか？

はい ( ) ・ いいえ

5. 運動・スポーツの習慣はありますか？

はい ( ) ・ いいえ

6. 希望する検査・治療はありますか？

X線検査、骨密度測定、リハビリ、注射

7. 過去にかかった病気・ケガ、手術歴、または、現在治療中の病気はありますか？

いいえ ・ はい ( )

服薬中のお薬はありますか？ (お薬手帳をお出し下さい)

いいえ ・ はい ( )

8. 今までお薬を飲んで、アレルギーなど副作用が出たことはありますか？

なし ・ あり →薬剤名 ( )

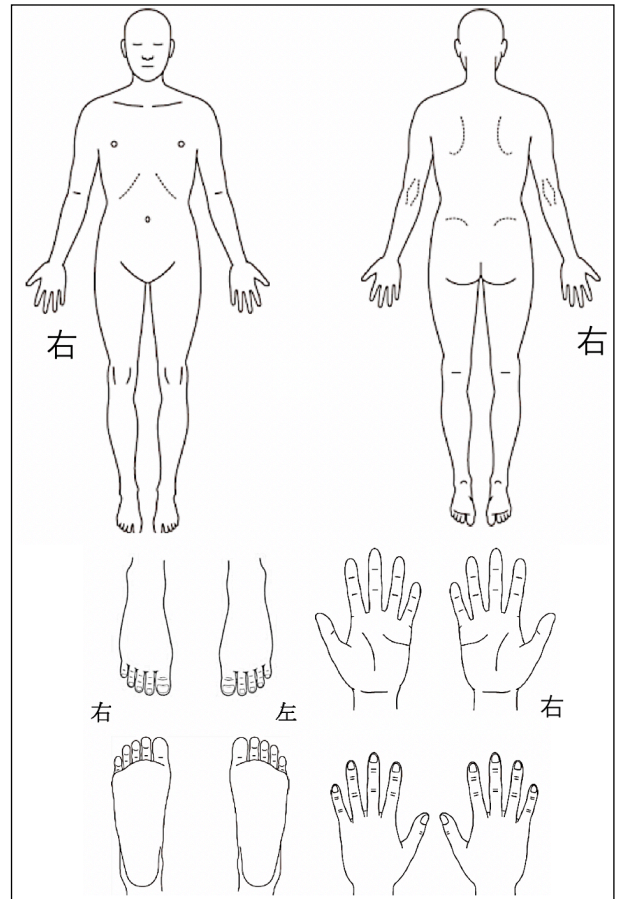
9. 女性の方へ：現在妊娠またはその可能性がありますか？ はい ・ いいえ

10. 介護保険の認定を受けていますか？ はい ・ いいえ 要支援 ・ 要介護

11. 当院を何でお知りになりましたか？

①口コミ ②知人の紹介 ③おもての看板 ④ホームページ

⑤他院からの紹介 ⑥その他 ( )



(交通事故、労災、授乳中の方はお申し出下さい)

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、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

当院では以下の加算を算定しています

医療DX推進体制整備加算3 （初診）10点

（2025年4月1日より）

初診時・・・医療情報取得加算（初診）1点

再診時・・・医療情報取得加算（再診）1点

お読みいただけましたら、裏面の問診票をご記入ください。

（交通事故、労災、授乳中の方はお申し出下さい）