

# 問診票

フリガナ		男・女	生年月日	大正・昭和	年	月	日
名前				平成・令和	(年齢)	歳	
住所	〒	—	電話	( )			
			携帯	( )			
職業		スポーツ歴	スポーツ名	( )	年		
身長	cm	体重	kg	利き手	右・左		

どこが (部位)

いつから (時期)

1. 本日診て欲しいところはどこですか？

どうして (症状が出た理由) (※詳しく書いてください)

交通事故・工作中的の事故 ( )

2. その場所に○をつけてください。



左 手の平 右 左 手の甲 右 左 足の甲 右

右 左 左 右

3. どのような症状でお困りですか？

痛い・しびれる・おもい・つっぱる  
腫れている・動きが悪い・冷える・出血  
その他 ( )

4. 上記の症状で他の医療機関で受診したことはありますか？

なし・あり： 病院名(整骨院名) ( )  
初めて受診した日 ( ) 最終受診日 ( )

5. 今までに大きな病気、けがをしたことがありますか？

なし・あり：( )

6. 現在治療中の病気はありますか？

なし・高血圧・高脂血症・糖尿病・心臓病・ペースメーカー使用中・肝臓病・腎臓病  
その他 ( )

7. 現在何か薬を飲んでいますか？  
本日、お薬手帳はお持ちですか？

なし・あり：それは何ですか？ ( )  
お薬手帳：あり・なし  
手帳をお持ちの場合は内容の記載は不要です。診察室にて提出してください。

8. 今までに薬、食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？

なし・あり：それは何ですか？ ( )

9. 女性の方へ  
現在妊娠されている可能性はありますか？または、授乳していますか？

妊娠：なし・あり・分からない(可能性がある)  
授乳：なし・あり

記入が終わりましたら受付までお持ち下さい。