

問診票

フリガナ			生年月日	明治・大正	年	月	日
名前	男女			昭和・平成	(年齢 歳)		
住所	〒 ー			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		

1. 本日診て欲しいところはどこですか？

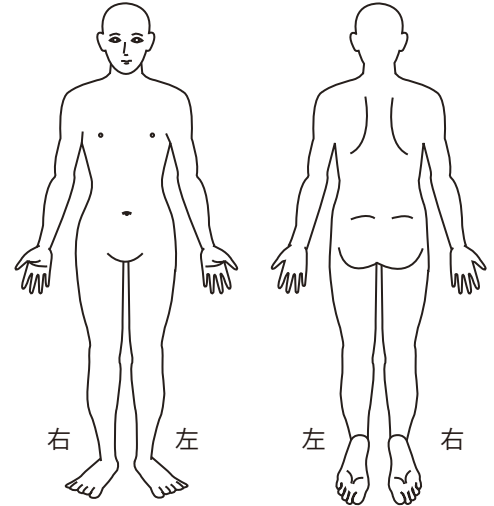
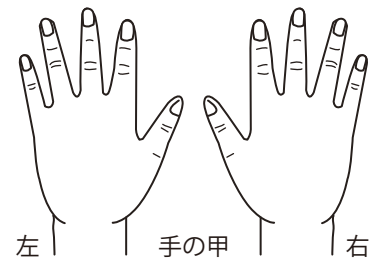
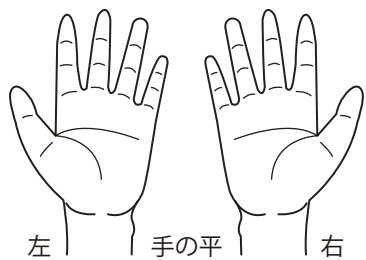
どこが (部位)

いつから (時期)

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。



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？

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？ 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。

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。