

問 診 票

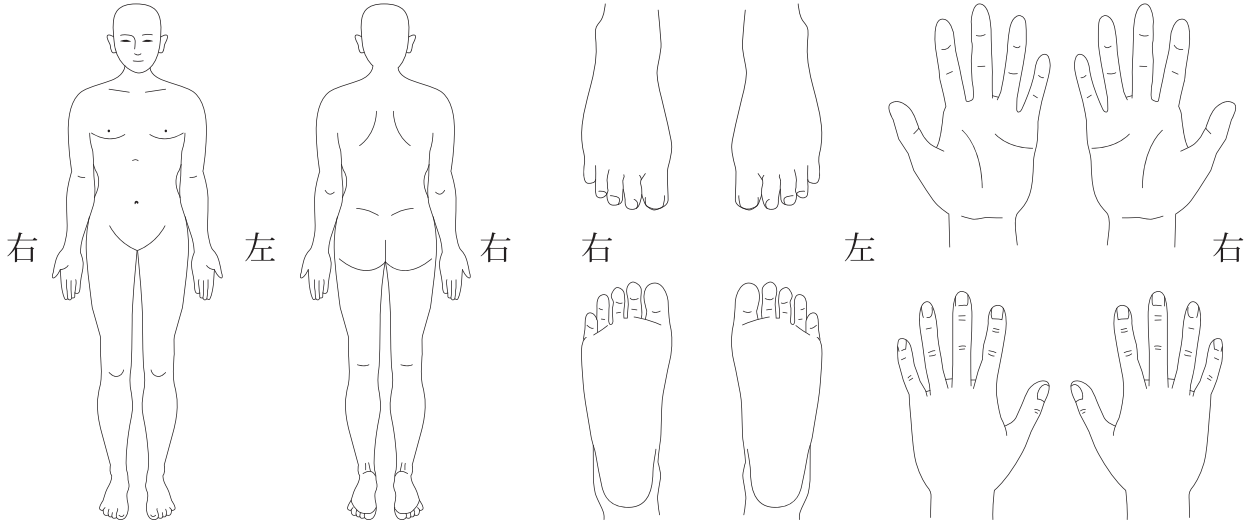
フリガナ

名前

住所 〒

性別 男 ・ 女 生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 TEL

◆どこが悪いですか？ 絵に○で印を付けてください。



◆どのような症状ですか？

痛い しびれる 動かしにくい はれている 傷がある その他 ()

◆いつごろから症状が出ていますか？ ()

◆症状が出たきっかけは何ですか？

運動で 仕事で 学校または保育園・幼稚園で 交通事故で ⇒ 自損事故ですか？ はい いいえ
 その他 () 原因がわからない

◆今回の症状で他の医療機関を受診、治療していますか？ (整体・整骨院は除く)

いいえ
 はい ⇒ 医療機関名 () 治療内容 お薬 注射 リハビリ その他

◆現在治療中の病気はありますか？

いいえ
 はい ⇒ 高血圧 糖尿病 心臓病 脳梗塞 胃潰瘍 ぜんそく 腎臓病 緑内障 痛風
 その他 ()

◆いままでに病気やケガで手術を受けた事がありますか？

いいえ はい ⇒ いつ () 手術名 ()

◆現在お薬を飲んでいますか？

いいえ はい ⇒ 服用中のお薬がある方はお薬手帳をお出してください。

◆お薬や注射のアレルギーはありますか？

いいえ はい ⇒ 何のアレルギーですか？ ()

◆女性の方のみお書きください。

現在妊娠していますか？ いいえ はい 現在授乳中ですか？ いいえ はい

◆診療についてご希望がありましたらチェックしてください

注射 骨密度検査 リハビリ CT・MRI…精密検査

※左記の治療・検査は医師の診断のもとに行いますので患者様の病態によってはご希望に添えない場合もございますのでご了承ください。