

# 問診票

年 月 日

フリガナ 氏名		男・女	大・昭 平・令	年 月 日	才
住所	〒				
電話番号	携帯	職業			
	自宅				
来院のきっかけ	以前来院あり・ホームページ・近所・紹介( 様)・その他( )				

※携帯番号をお持ちの方は必ずご記入をお願いします

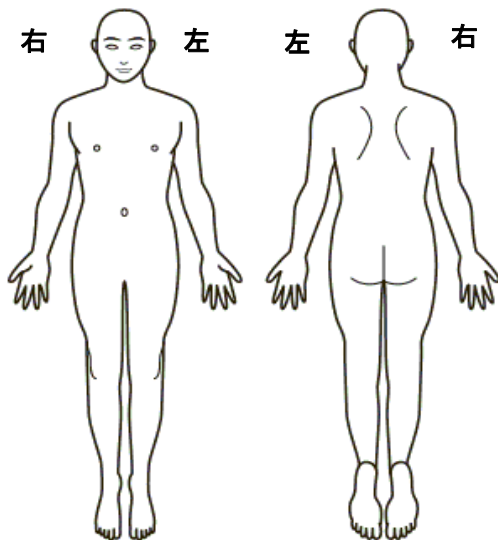
① 症状がある部位に○印をつけて下さい。(右図)

いつ頃 年 月 日から

原因 原因不明 労災 交通事故【月 日】

運動→種目【 】

※学生の方 学校名【 】クラブ名【 】



② 今回の症状で他病院、整骨院を受診しましたか？  
( あり ・ なし )

あり→施設名 [ ]  
紹介状・CDR画像 あり なし

③ 今までに整形外科手術を受けたことがありますか？  
( あり ・ なし )

あり→ [手術名: ]

④ お薬のアレルギー ( あり ・ なし )

あり→ [薬品名: ]

※現在お薬を服用中の方は、お薬手帳を受付にお出してください。

⑤ 今までにかかった病気を○で囲んで下さい。

糖尿病 リウマチ 痛風 心臓病 (ペースメーカー) 腎臓病 肝臓病

胃潰瘍 喘息 肝炎 その他[ ]

⑥ 女性の方へ 現在妊娠されていますか？ ( はい ・ いいえ )

現在授乳中ですか？ ( はい ・ いいえ )