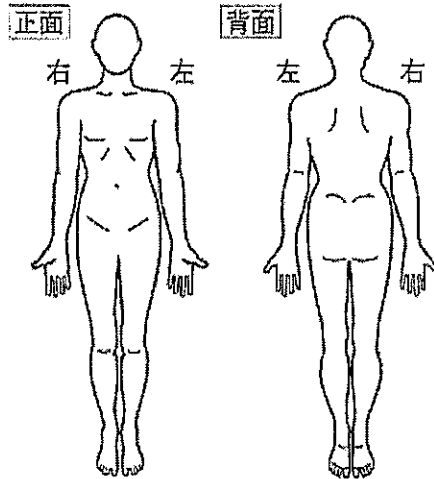


診療問診票

令和 年 月 日

ふりがな		男	ご	学生
お名前		女	職業	会社員・自営業・主婦・なし (デスクワーク・重労働)
生年月日	明・大・昭・平・令		年	月 日 歳
身長	cm	体重	kg	血液型 型
住所	〒			携帯
				自宅電話

1. 下図で症状や痛みのある箇所に斜線(///)をつけてください



2. いつ頃からですか

3. どのような症状ですか

- ①痛み ②しびれ ③腫れ

症状を具体的にお書きください

4. 何か原因はありますか

- ①ない
②ある (学校でのケガ 交通事故 労働災害)
具体的にお書きください

5. 同様の症状で治療院・整骨院・病院に通ったことはありますか

- ①ない ②ある

いつ頃→

病院名→

6. 今までに薬や注射・食べ物で尋麻疹が出たり
具合が悪くなった事がありますか

- ①ない ②ある

具体的にお書きください

7. 治療中の病気や飲んでいるお薬はありますか

- ①ない
②ある 高血圧 高脂血症 糖尿病

上記以外のご病気→

飲んでいるお薬→

★お薬手帳をお持ちの方は受付へお出してください

8. これまでに入院や病気・手術をされた事
ありますか ①ない ②ある

整形外科→

整形外科以外→

9. 女性の方へ

現在妊娠されていますか
①していない ②している ③している可能性がある

現在授乳されていますか
①していない ②している

10. どのように当院を知りましたか

①知人・病院からの紹介
(紹介先名:)

②インターネットで調べた
(検索キーワード:)

③建物を見かけた

④その他の広告