

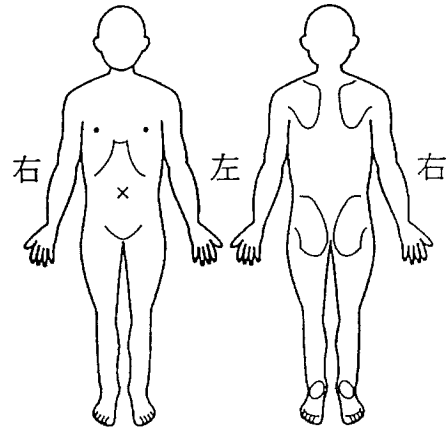
# 問診票

◎以前、当院で診療を受けたことがある場合は、お知らせください。 平成 年 月 日

フリガナ		職 業	
氏 名		勤 務 先	名 称 (学校名 ・部活)
生年月日	明/大/昭/平 年 月 日生( 歳)		住 所
住所	〒 -	TEL	( )
TEL	( )		

1. どこが 右側 頭 顔 首 胸 背中 腰 肩 肩こり 二の腕 肘 前腕 手首  
 両側 手 指 股 お尻 太もも 膝 ふくらはぎ 足首 かかと アキレス腱  
 左側 足の裏・甲 足趾(ゆび) せぼね・乳児股関節検査 歩容異常 その他

- ア. 痛み(なし・ある) 該当するところに○を付けて下さい  
 イ. しびれ(なし・ある)  
 ウ. 腫れ(なし・ある)  
 エ. 他の症状( )  
 オ. どんな時がつらいですか?  
 ( )



2. 思い当たる原因はありますか?  
 なし・ある( )  
 3. それはいつからですか?  
 昭和・平成 年 月 日頃から  
 4. 現在、他の病院・医院で治療(整骨院・内科等含む)《必ず記入》  
 を受けていますか? 受けていない・受けている(病・医院名: )  
 その病名・持病はなんですか?

胃炎・胃十二指腸潰瘍・高血圧・高脂血症・狭心症・心筋梗塞・不整脈 心不全・糖尿病・脳梗塞・慢性肝炎・肝硬変・慢性気管支炎・ 喘息・緑内障・白内障・貧血・めまい・パーキンソン病・膠原病・ その他( )
--

5. 現在、お薬を飲んでいますか?  
 いない・いる(薬剤名: )  
 6. 薬・注射・食べ物などアレルギー・じんま疹等の副作用がでたことがありますか?  
 なし・ある(種類/症状: )  
 7. 湿布を貼ってかぶれますか?  
 すぐかぶれる・かぶれやすい・かぶれない・貼ったことがない  
 8. 今までに大きな病気や手術をしたことがありますか?  
 なし・ある(昭/平 年 )  
 9. 現在妊娠している可能性がありますか?  
 なし・ある(最終月経開始日 月 日 妊娠第 週)  
 10. その他 [ ]