

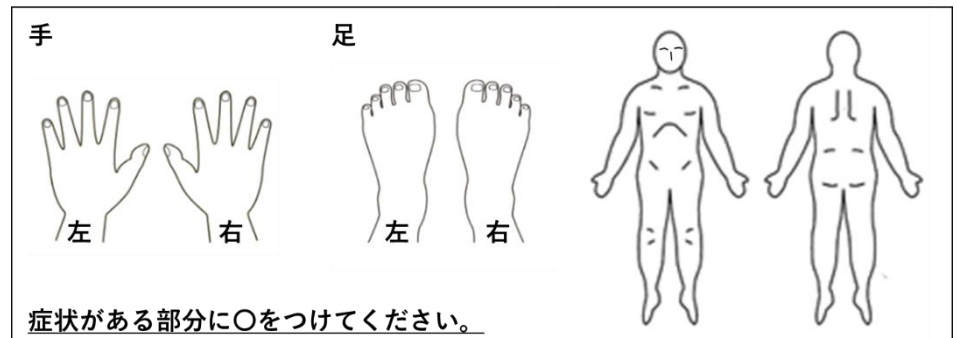
問診表

記載日： 年 月 日

氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日
			歳
住所	〒 ー		
ご連絡先	自宅:	身長/体重	cm / Kg
	携帯:		

●診察を希望する
部位はどこですか？

症状がある部分に○をつけて
ください。 →→



●どのような症状ですか？

痛い しびれる 動きにくい 腫れがある 傷がある その他 ()

●いつごろから症状がありますか？

() 日前 () 週間前 () カ月前 () 年前

●症状がでたきっかけや状況は？

転倒 転落 ぶつけた ひねった 切った 日常生活

労災・交通事故 →保険証の使用はできませんので自費でのお支払いになります。

●今回の症状で他の医療機関を受診・治療していますか？

いいえ はい (医療機関名:)

→紹介状はお持ちですか？ いいえ はい

●現在治療中の病気や、手術歴、おおきな病気・ケガ (骨折等) はありますか？

いいえ はい (医療機関名:)

→処方薬はありますか？ いいえ はい (※お薬手帳をお持ちの方はお出してください)

●アレルギーはありますか？ (食物・薬剤・湿布かぶれ・薬の副作用等)

いいえ はい ()

●<女性の方へお伺いします> 現在妊娠していますか？ 授乳中ですか？ いいえ はい

●当院を何で知りましたか？

家族・知人の紹介 看板 ホームページ その他 ()