

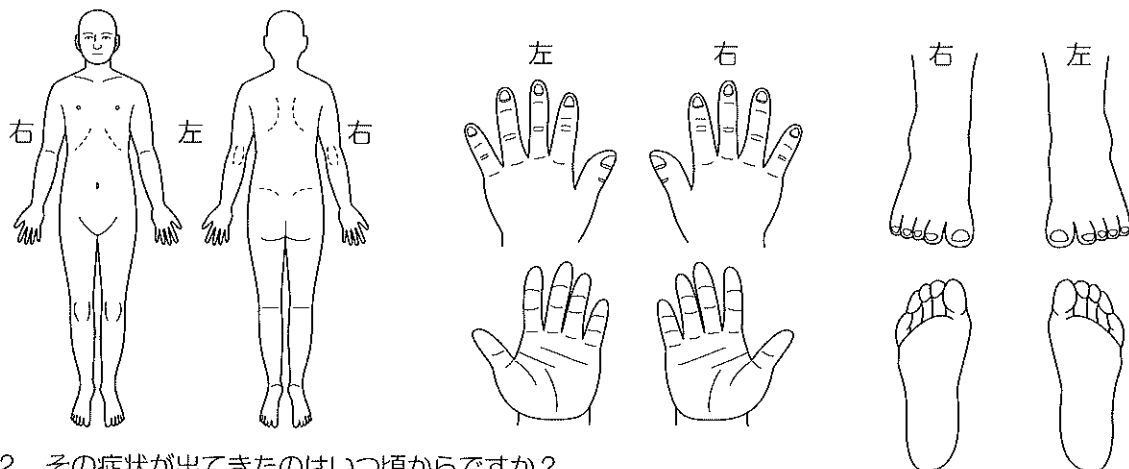
## 問 診 票

年 月 日

フリガナ 氏名	男・女	生年月日 年 月 日 ( 歳)
住所	〒	電話 ( ) 携帯 ( )
備考	職業	身長: cm 体重: kg

1. どのような症状で来院されましたか？ あてはまるものを選び、部位を下の図に示してください。

痛み しびれ 腫れ 動きにくい 外傷(キズ) その他( )



2. その症状が出てきたのはいつ頃からですか？

3. 症状が出たきっかけ、原因は何ですか？ (いくつでも選んで下さい)

交通事故 工作中 スポーツ中 (種目: )  
転んだ 落ちた ぶつけた はさまれた 切った ひねった  
不明 その他( )

4. 今回の症状で治療を受けたことがありますか？ (どこでどのような治療をしましたか)

無い 有る (受診先: 治療内容: 薬 注射 その他)

5. 現在治療中の病気、あるいは過去に診断を受けた病気はありますか

高血圧 糖尿病 心臓病 脳梗塞 腎臓病 (透析中) 胃潰瘍  
喘息 その他( )

6. 現在内服中の薬があれば記入して下さい。お薬手帳等をお持ちの方は診察時お出しください。

薬剤名( )

7. アレルギーはありますか？ 無い 有る (薬: 食べ物: 花粉症)

8. 現在、妊娠の可能性はありますか？ 無い 有る / 授乳中である