

問 診 票

年 月 日

ふりがな			生年月日	大正・昭和・平成
氏名		男・女		年 月 日(歳)
自宅住所	〒 -			
自宅電話	()	携帯番号	()	

●この病院を受診したきっかけ(複数回答可)

医師の紹介 ホームページ 知人・家族に聞いて その他()

●今回の症状の原因はお仕事中的お怪我及び交通事故等によるものですか？ はい いいえ
 ※当院では労災保険及自賠責保険のお取り扱いはございませんので、はいとお答え頂いた方は下記を記入せずに受付にお声をお掛け下さい。

以下の質問にお答え下さい。(該当するものに〇印をつけてください。)

①症状のある所に○印等で右図へ印をつけてください。
 また、その部位がどのような症状か下記に○印をつけてください。
 ()にその部位を記入してください。

痛み しびれ
 筋肉のこり() 冷え() 熱い()
 その他

②それはいつ頃からですか？
 日前より 週間前より
 か月前より 年前より

③上記の症状で、今までに受けた治療はありますか？
 ブロック注射 リハビリ 整体 針 いいえ
 その他()

④今現在上記以外の病気で治療を受けていますか？
 はい いいえ

⑤今までにかかった病気()

⑥今までに受けた手術()

⑦喘息がありますか？ はい いいえ

⑧糖尿病がありますか？ はい いいえ

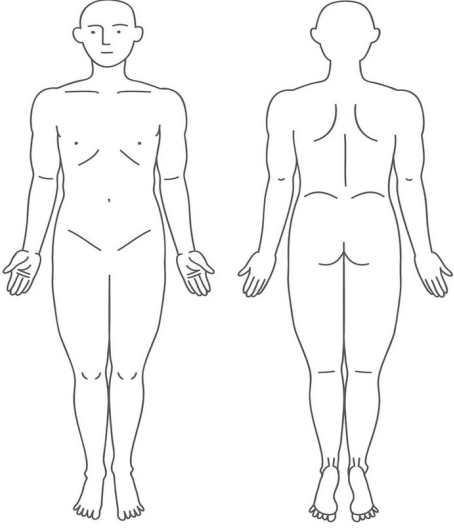
⑨心臓病、高血圧の治療中ですか？ はい いいえ

⑩飲み薬、注射、塗り薬で何か症状を起こした事がありますか？
 ある どんな薬や注射で() ない
 ある どんな症状を()

⑪アレルギーがありますか？
 ある その原因は() ない

⑫現在妊娠中ですか？また、その可能性はありますか？ ある ない

痛みは赤、しびれは青で



ご記入ありがとうございました。