

問 診 票

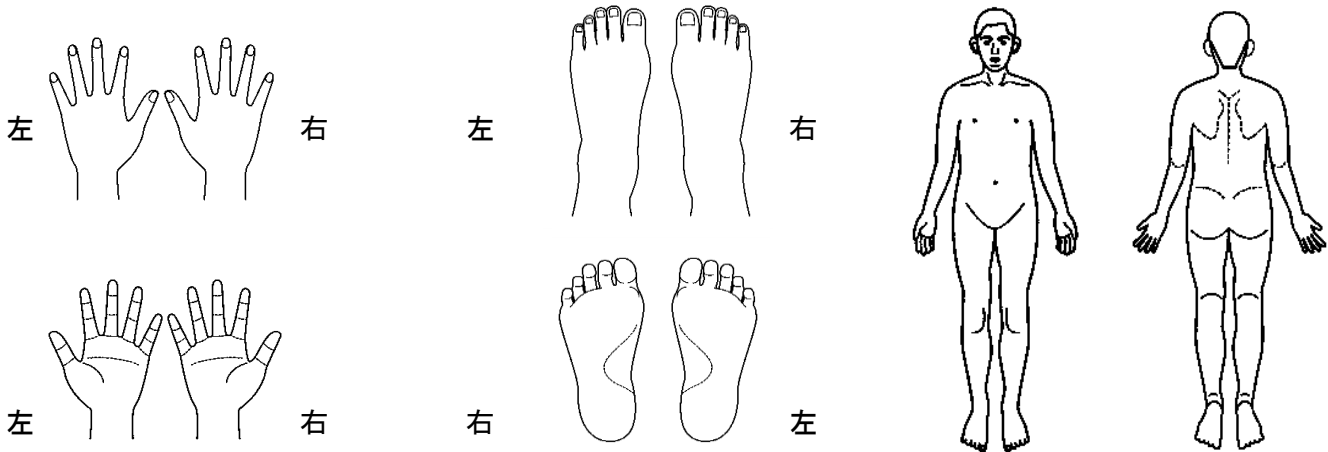
記入日 H 年 月 日

フリガナ		住所	〒	—				
氏名			男 様 女					
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	歳	電話番号	()	—

1、どのような症状ですか。

痛い・しびれ・動かない・腫れ

2、どちらに症状がありますか。○をつけて下さい。



3、どんな時に痛いですか。

常に・寝ている時・座っている時・立ち上がる時・立っている時・歩いている時・動かした時・その他

4、いつから痛いですか。

今日・昨日・()月()日・1週間・2週間前・1か月前・3か月前・半年前・1年以上前

5、原因はありますか。 ない・スポーツ・家の中・屋外活動中・その他()
 転んだ・ひねった・切った・ぶつけた

{ 工作中・通勤中・交通事故 (労災、もしくは自賠責保険にしますか。 はい・いいえ・考え中)
 負傷日もしくは事故日 ()年()月()日

6、痛くなってどのような対処をしましたか。

病院を受診 (病名)
 何もしていない・治療院を受診・市販薬を使用・その他()

7、どのような治療を希望されますか。

医師に任せる・手術・注射・くすり・リハビリ・検査・その他()

8、過去、もしくは現在、治療中の病気はありますか。

糖尿病・肝臓病・腎臓病・心臓病・高血圧・不整脈・心臓ペースメーカー・脳梗塞・癌()
 うつ病・精神疾患・喘息・リウマチ・前立腺肥大・緑内障・その他()

9、薬、注射、食べ物、金属、その他でアレルギーはありますか。 ない・ある(薬:)
 (食べ物:)

10、女性の方に伺います。現在、妊娠されている可能性はありますか。 ある・ない

*お薬手帳をお持ちの方はコピーをさせていただきますので、ご用意ください。