

問 診 票

フリガナ	生年月日
お名前	大正・昭和・平成 年 月 日 () 才
住所〒	Tel. ()

★どちらで当院をお知りになりましたか？ ○をつけてください。

家族 () 友人・知人 () 電話帳 () 新聞・雑誌 ()

看板 () 当院の前を通過して () インターネット ()

他院からの紹介 () その他 ()

1 どうされましたか？

① 場所 (右図に○をつけてください)

② その症状は？ (○で囲んでください)

痛み はれ しびれ

出血 その他 ()

③ いつ頃からですか？

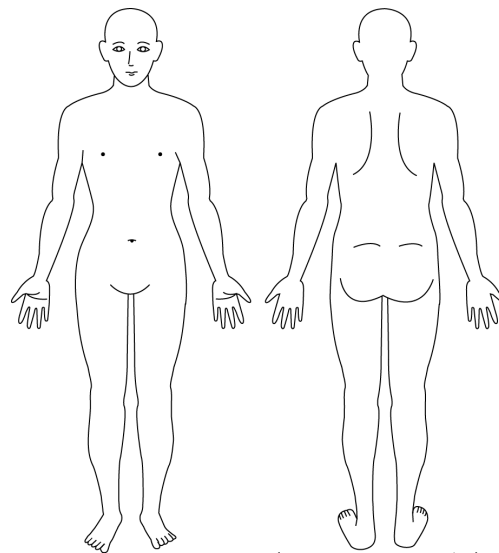
() 年 () 月 () 日頃から

④ きっかけはありますか？ (○で囲んでください)

転倒 打撲 重いものを持った

特になし その他 ()

スポーツ 交通事故 工作中



(はい・いいえ)

2 その病気、けがで他の病院，診療所，整骨院などを受診しましたか？

受診日 () 年 () 月 () 日

病院名 ()

診断名 ()

3 今までに薬や注射で異常が出たことがありましたか？ (あった・なかった)

何のお薬でしたか？ ()

4 今までに手術をうけたことがありますか？ (はい・いいえ)

手術名 ()

5 現在，または今までに他の病気を指摘されたことがありますか？

糖尿病 高血圧 高脂血症 その他 ()

6 女性の方に質問です。現在，妊娠している可能性はありますか？ (はい・いいえ)

7 医師の希望はありますか？ (はい・いいえ)