

問診票

ID

年 月 日

ふりがな

お名前

男・女

住所

自宅電話

携帯電話

生年月日 T S H R 年 (西暦 年) 月 日 (歳)

① 診察を受けたい部位はどこですか？ 右の絵に○をつけて下さい。

② 症状はどういったことですか？ ○をつけて下さい。

痛み・しびれ・はれ

その他 ()

③ それはいつごろから、はじまりましたか？

年 月 日から または 位前から

④ 思い当たる原因はありますか？ ○をつけて下さい。

わからない・交通事故・労働災害

その他 ()

⑤ ①に対してどこかで治療しましたか？

なし・あり (どこでどの様な治療を受けましたか？)

⑥ 今までに大きな病気やケガで治療を受けたことはありますか？

なし・あり (○をつけて下さい。)

高血圧・糖尿病・心臓病・腎臓病・肝臓病・消化器病・その他 ()

⑦ 現在服用している薬はありますか？ある場合は薬の名前を書いて下さい。

なし・あり ()

⑧ お薬や注射のアレルギーはありますか？

なし・あり

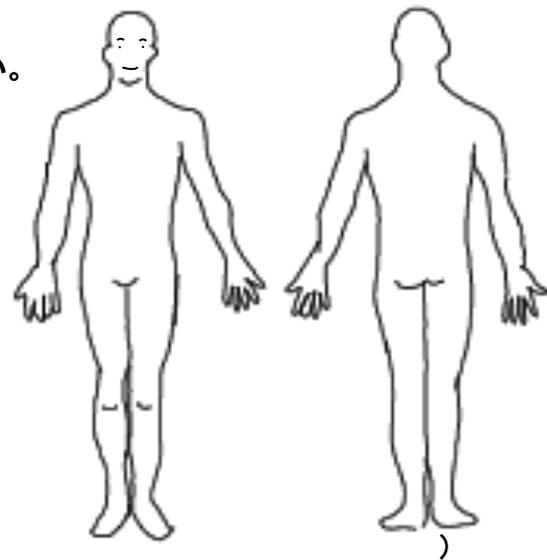
⑨ 心臓ペースメーカーあるいは他の電子装置が埋め込まれていますか？ なし・あり

⑩ 60歳以上の方にお聞きします。骨粗鬆症の治療をこれまでに行ったことはありますか？ なし・あり

⑪ 要介護や要支援等の介護認定を受けていますか？ なし・あり

⑫ 当院について知ったきっかけを教えてください。

インターネット・広告・紹介(家族・友人・知人・他院)・その他 ()



★女性の方にお聞きします。

妊娠されていますか？ いいえ・わからない・はい(週目)

授乳中ですか？ いいえ・はい