

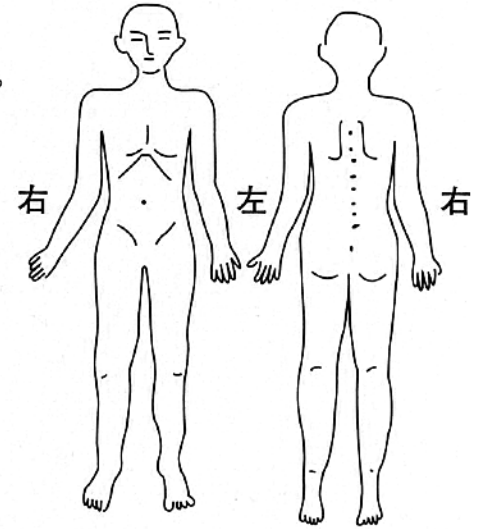
問 診 票

お名前 _____

※下記の1～11までの問診にお答えください。

1. どうなさいましたか。症状のあるところに「○」をつけてください。

- 1) 症状 ・痛い ・しびれる
・だるい ・腫れてる
・他 ()
- 2) _____ 頃から



2. 原因と思われる事は

- ・ころんだ ・ひねった ・ぶつけた ・特にない
・その他 ()

3. お仕事をされていますか。…………… (はい・いいえ)
・自営 ・会社員 ・パート、アルバイト ・主婦 ・学生 ・その他 ()

4. 趣味 (習い事) やスポーツをされていますか。…………… (はい・いいえ)
()

5. 現在何か薬を服用していますか。…………… (はい・いいえ)
・胃 ・風邪 ・心臓 ・血圧 ・糖尿 ・痛み止め
・その他 () (病院名)

6. 薬や注射で副作用やアレルギーをおこした事がありますか。…………… (あ る・な い)
(薬品名)

7. アレルギー疾患をおもちですか。…………… (はい・いいえ)
・喘息 ・アトピー ・皮フがかぶれやすい ・その他 ()

8. 以前に手術や入院等の大きな病気をした事がありますか。…………… (あ る・な い)
____年 ____月 () 病院名 ()
____年 ____月 () 病院名 ()
____年 ____月 () 病院名 ()

9. どなたかからの紹介ですか。… (はい・いいえ) ご紹介者名 ()

10. 治療法について、ご希望はありますか。

(希望されるものには○、されないものには×をお書きください。)

- () 注射 () 薬 () リハビリ () 精密検査 (MRIなど)
() その他 () () 特になし

11. 女性の方のみご記入ください。

- ・現在、妊娠または妊娠している可能性はありますか。…………… (はい・いいえ)
・授乳中ですか。…………… (はい・いいえ)