

問診票

ふりがな _____ ID _____ 生年月日 大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日

お名前 _____ 年齢 _____ 歳 性別 男・女 _____ ご自宅電話番号 (_____) _____

ご住所 _____ 携帯電話番号 (_____) _____

ご職業 (差し支えない範囲で) _____
学校名・幼稚園名・保育園名 _____ スポーツ歴 _____

この問診票は病気を知るために大切です。ご記入に協力をお願いします。

本日はどうなさいましたか。

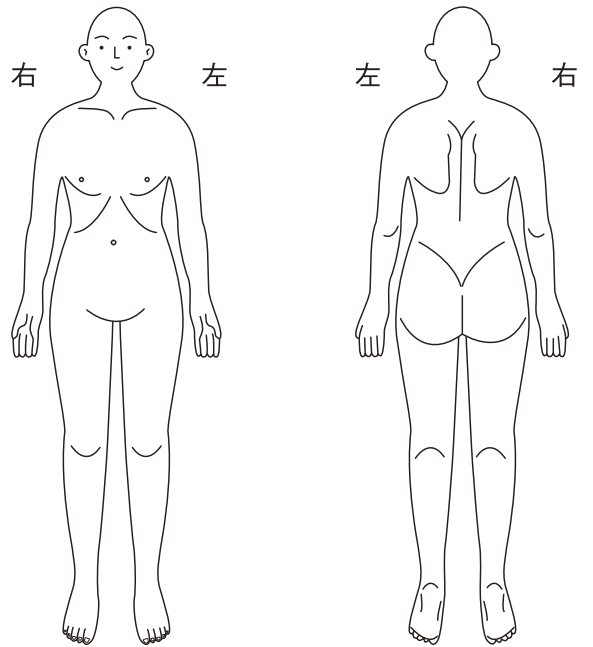
1. 具合の悪いところはどこですか？右記に印をつけて下さい。
(例：腰・首・肩など)

2. いつ頃から症状がありますか？

3. きっかけ、原因はわかりますか？(例：階段でひねった)

特に思い当たらない。

4. どのような症状ですか？(例：歩いた時。ズキズキ痛い・ジンジンしびれるなど)



5. アレルギーはありますか。

ある 薬物・・・ (_____)
食べ物・・・ (_____)
なし その他・・・ (_____)

6. 現在治療中の病気はありますか？

なし
高血圧症・糖尿病・高脂血症・心臓病・痛風
その他 (_____)

7. 皮膚はかぶれやすいほうですか？ はい いいえ

8. 今までかかった病気がありましたらご記入ください。(整形外科以外もご記入下さい)

特になし	(_____) 歳頃	病名・・・	手術・・・	した	・	しない
	(_____) 歳頃	病名・・・	手術・・・	した	・	しない
	(_____) 歳頃	病名・・・	手術・・・	した	・	しない

9. 現在飲んでいるお薬はありますか。わかる範囲でご記入ください。(お薬手帳がある方はご提出をお願いします。)

ある・なし あると答えたかたはご記入ください(薬品名 _____)

10. 女性の方へ：妊娠中もしくは妊娠の可能性はありますか。○印またはご記入ください。

はい いいえ

11. 何を見てご来院されましたか？

(_____)

ご協力ありがとうございました

