問　診　票

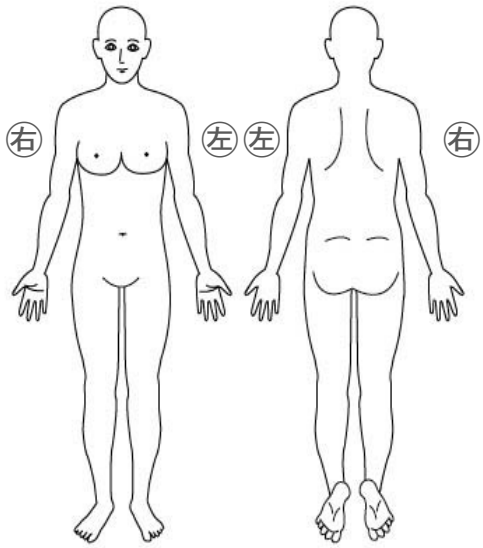
お名前と生年月日	住所と連絡先（必ずご記入ください）
（フリガナ）　　男・女 M T S H　　年　　月　　日生 (　　才)	〒 □□□ □□□□ ☎ (　　)　　ー

①本日は，どのような症状で来院されましたか？

□痛い　□しびれる　□腫れている　□動かしにくい
□切った　□その他（　　）

②具合の悪い部位はどこですか？（右図をご使用ください）

※**複数部位**に渡る場合は、本日**すべての部位を診察出来ない**場合があります。この場合、**後日改めて**問診票の記入をお願いすることがありますので、何卒ご了承ください。



部位:

③いつからの症状ですか？

④原因は何ですか？

□特になし　□交通事故　□転倒・転落　□スポーツ
□その他（　　）

⑤今回の症状で他の医療機関を受診したことはありますか？

□いいえ　□はい　→　（病院，医院名　　・　接骨院）

⑥現在治療中の病気はありますか？

□いいえ
□はい（右から選んでください）

□高血圧　□糖尿病　□心臓病（狭心症や不整脈）
□脳梗塞　□腎臓病　□喘息　□胃潰瘍
□その他（　　）

⑦現在服用しているお薬はありますか？（※「薬の手帳」をお持ちの方は見せてください）

□いいえ
□はい（右に記入してください）

⑧手術を受けたことはありますか？

□いいえ
□はい（右に記入してください）

⑨薬や食べ物でアレルギー症状が出たことはありますか？

□いいえ
□はい（右に記入してください）

□　薬　（　　）
□食べ物（　　）

⑩女性の方へ．　現在妊娠している可能性はありますか？

□いいえ　□はい

⑪最後に．　本日は交通事故や労災による診療ですか？

□いいえ　□はい

※順番が来たらお呼びします．待合室から離れる場合は受付に声を掛けてください