

# 問診表

年 月 日

フリガナ		生年月日	性別	ご職業
お名前		年 月 日	男 女	
現住所	(〒 - ) 都 道 府 県			
電話番号	( ) -			
メール	@			

## いつ頃からどのような症状でお困りですか

時期 ( )

症状  痛み  しびれ  はり・こり  腫れ  
 その他 ( )

## 症状が出た原因はございますか

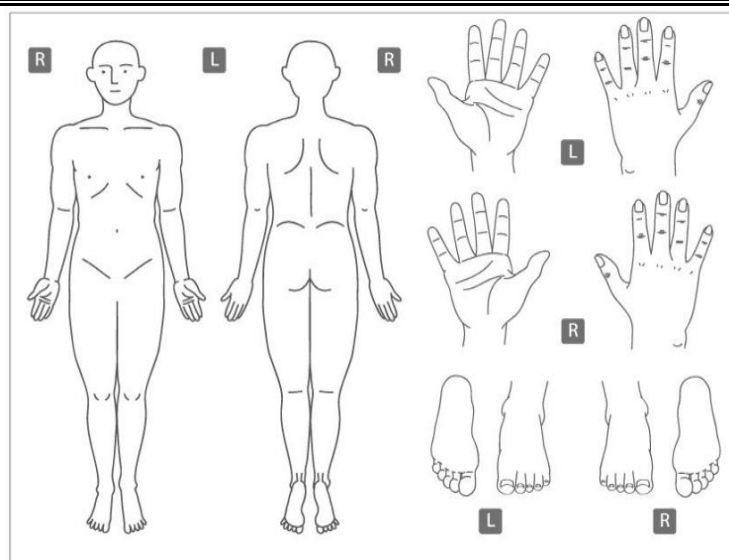
( )

## 原因となったものは次の項目に該当しますか

お仕事中  事件  事故

## 今回の症状で治療を受けたことはございますか

( )



※ 症状のある部位を図に示してください

## 現在治療中の病気はございますか

いいえ  はい ⇒  喘息  貧血  高血圧  高脂血症  糖尿病  痛風  胃潰瘍  
 脳梗塞  心臓病  腎臓病  肝臓病  その他 ( )

## 現在使用しているお薬などはございますか

いいえ  はい ⇒ ( )

## 過去に病気やケガで手術受けたことはございますか

いいえ  はい ⇒ ( )

## お薬や麻酔などでアレルギーや副作用が出たことはございますか

いいえ  はい ⇒ ( )

## スポーツ歴をお聞かせください

種目 頻度 年数

## 女性の方にお聞きます。現在妊娠中もしくは妊娠の可能性はございますか

いいえ  はい

## 検査・治療に関してご要望はございますか

飲み薬  湿布・塗り薬  注射  リハビリ  骨粗鬆症の検査  リウマチの検査  再生医療 (PRP、培養幹細胞療法)  
 その他 ( )

## 当院をお知りになられたきっかけをお教えてください

ホームページ  看板  SNS  チラシ  ご紹介 ( ) 様より紹介)  
 その他 ( )