

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	() -			

いつ頃からどのような症状でお困りですか

時期 ()

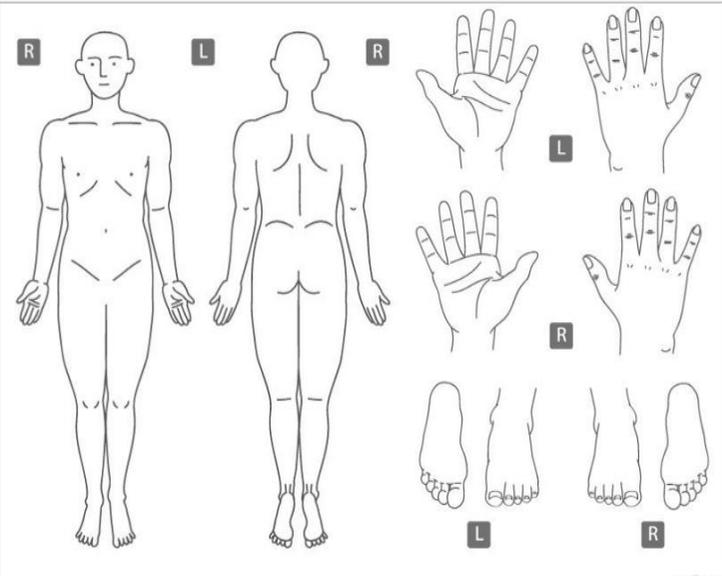
症状 痛み しびれ はり・こり 腫れ
 その他 ()

症状が出た原因はございますか
 ()

次の項目に該当する場合はチェックしてください

労災申請中・予定 交通事故
 第三者による加害、第三者行為届出中・予定

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

女性の方にお聞きします。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 ()