

問診票

フリガナ		生年月日	年 月 日
名前	男女	大正・昭和 平成・令和	(歳)
住所	〒	電話	
		携帯電話	
		職業	
女性の方へ妊娠可能性 ⇒ 無 有 有 → (週目) 授乳中		スポーツ歴 年数	年
40歳以上の介護被保険者の方へ⇒		要支援	要介護
交通事故 ⇒ 保険会社に連絡 済・未		工作中的の事故 ⇒ 労災申請	有・無

* 紹介状、CDデータは受付に提出下さい

1. 本日診て欲しいところはどこですか？

どこが(部位):

いつから(時期):

どうして(理由):

2. どのような症状ですか？

痛い・しびれる・おもい・突っ張る
腫れている・動きが悪い・冷える・出血
その他: _____

3. 上記の症状で他の医療機関を受診しましたか？

いいえ

はい ⇒ 病院(整骨院)名 _____

4. 今までに大きな病気、怪我はありますか？

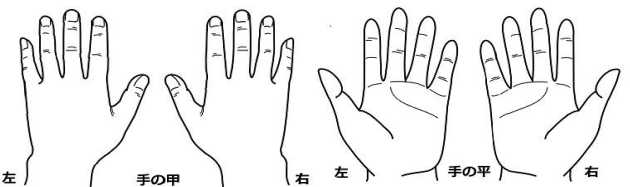
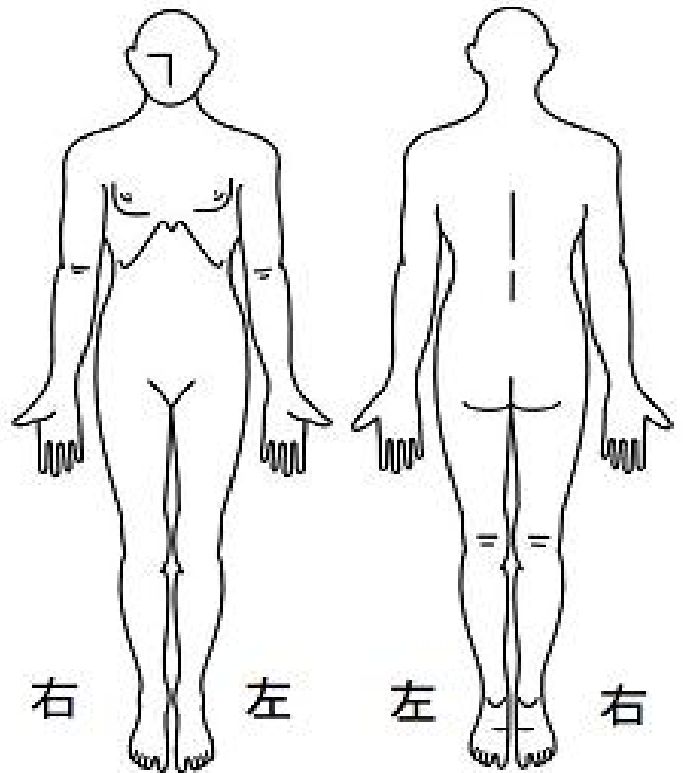
いいえ

はい ⇒ _____

5. 現在治療中の病気はありますか？

いいえ

はい ⇒ 糖尿病・高血圧・肝臓病・腎臓病
心臓病・ペースメーカー使用中・高脂血症



6. お薬手帳をお持ちですか？

いいえ

はい ↓ お薬手帳持参の場合は、記載不要

7. お薬服用中ですか？

いいえ

はい → お薬名: _____

8. アレルギーはありますか？

いいえ

はい → 薬: _____