

問 診 票

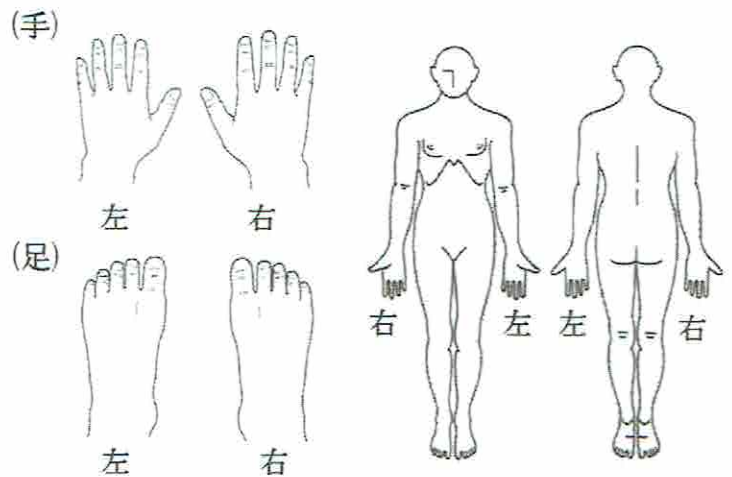
ID _____

| | | | | | |
|--|--------|-------------|---|---|---|
| フリガナ | 男 女 | 生年月日 | | | 歳 |
| 氏名 | | 大・昭・平 | 年 | 月 | |
| 自宅電話 | | 携帯電話 | | | |
| 住所 〒 _____ | | 緊急連絡先: | | | |
| 職業: 立ち仕事()時間 ・事務 ・機械操作 ・ドライバー ・その他() | | | | | |
| 学生(小・中・高・大 年) | | | | | |
| スポーツ: | | 歴()年 週()回 | | | |

【1】どの部位に症状がありますか？当てはまる場所を以下の図に○で囲んで下さい。

どのような症状ですか？

- 痛い しびれ 腫れ
 その他 ()



【2】いつからですか？ ()

【3】原因はありますか？ ()

※該当するものにチェックして下さい

- 工作中 通勤中 交通事故 学校でのケガ その他

【4】次の病気にかかったことがありますか？もしくは手術を受けたことがありますか？

- ・高血圧 ・糖尿病 ・胃十二指腸潰瘍 ・リウマチ ・肝臓病 ・腎臓病
 ・肺炎 ・ぜんそく ・結核 ・癌() ・その他() ・なし

【5】これまでにお薬で副作用が出たことがありますか？

- ・ある (薬の名前:) ・なし

【6】アレルギーはありますか？

- ・ある () ・なし

【7】女性の方にお伺いします。

- *現在、妊娠していますか？ ・している ・していない ・わからない
 *現在、授乳中ですか？ ・している ・していない

ありがとうございました