

## 問 診 票

フリガナ	生年月日
お名前	大正・昭和・平成 年 月 日 ( ) 才
住所〒	Tel. ( )

★どちらで当院をお知りになりましたか? ○をつけてください。

家族 ( ) 友人・知人 ( ) 電話帳 ( ) 新聞・雑誌 ( )

看板 ( ) 当院の前を通って ( ) インターネット ( )

他院からの紹介 ( ) その他 ( )

1 どうされましたか?

① 場所 (右図に○をつけてください)

② その症状は? (○で囲んでください)

痛み はれ しびれ

出血 その他 ( )

③ いつ頃からですか?

( ) 年 ( ) 月 ( ) 日頃から

④ きっかけはありますか? (○で囲んでください)

転倒 打撲 重いものを持った

特になし その他 ( )

スポーツ 交通事故 仕事中

2 その病気、けがで他の病院、診療所、整骨院などを受診しましたか?

(はい・いいえ)

受診日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日

病院名 ( )

診断名 ( )

3 今までに薬や注射で異常が出たことがありますか? (あった・なかった)

何のお薬でしたか? ( )

4 今までに手術をうけたことがありますか? (はい・いいえ)

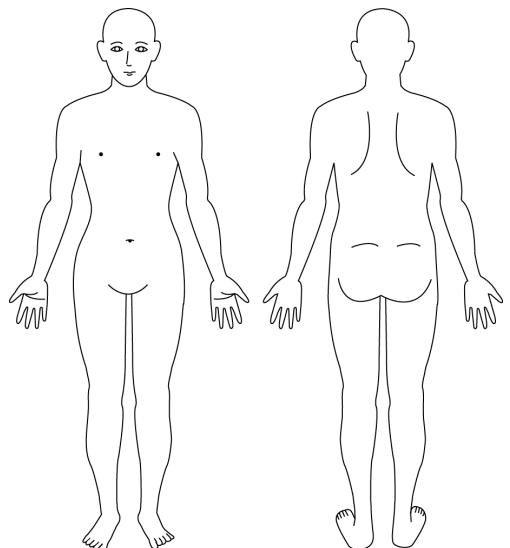
手術名 ( )

5 現在、または今までに他の病気を指摘されたことがありますか?

糖尿病 高血圧 高脂血症 その他 ( )

6 女性の方に質問です。現在、妊娠している可能性はありますか? (はい・いいえ)

7 医師の希望はありますか? (はい・いいえ)



(はい・いいえ)