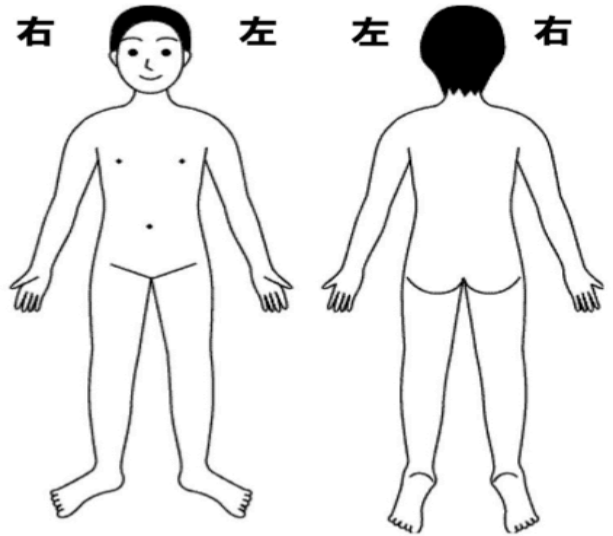


# 問 診 票

氏名 \_\_\_\_\_ 様 住所 \_\_\_\_\_  
 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 年齢 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

1・本日の症状についてお聞きします

- ・ 右の図の症状があるところに○を付けてください
- ・ いつ頃からですか？ ( \_\_\_\_\_ から)
- ・ どのような症状ですか？  
 痛み しびれ はれ 動かない  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )



2・この症状で現在あるいは過去に病院・整骨院などで治療を受けた事がありますか？

(はい・いいえ) 「はい」の方…医療機関名 ( \_\_\_\_\_ )  
 病名 ( \_\_\_\_\_ )

3・これまでにかかった病気、または現在治療中の病気はありますか？

病名 ( \_\_\_\_\_ )  
 病名 ( \_\_\_\_\_ )

4・これまでに大きな手術した事がありますか？

病名 ( \_\_\_\_\_ ) 医療機関名 ( \_\_\_\_\_ )

5・現在何かお薬を飲んでいますか？ (はい・いいえ)

「はい」の方…お薬手帳をご用意下さい  
 お持ちでない方 (お薬の名前: \_\_\_\_\_ )

6・今までお薬や食べ物でアレルギーを起こした事がありますか？

\*いいえ                      \*はい ( \_\_\_\_\_ )

7・女性の方にお尋ねします

妊娠中ですか？ (はい「 \_\_\_\_\_ 週」・いいえ)

8・当院へは何を見て来院されましたか？

知人の紹介 インターネット 家の近所 電話帳 その他 ( \_\_\_\_\_ )