

問診票

ふりがな

氏名 (才) 男・女

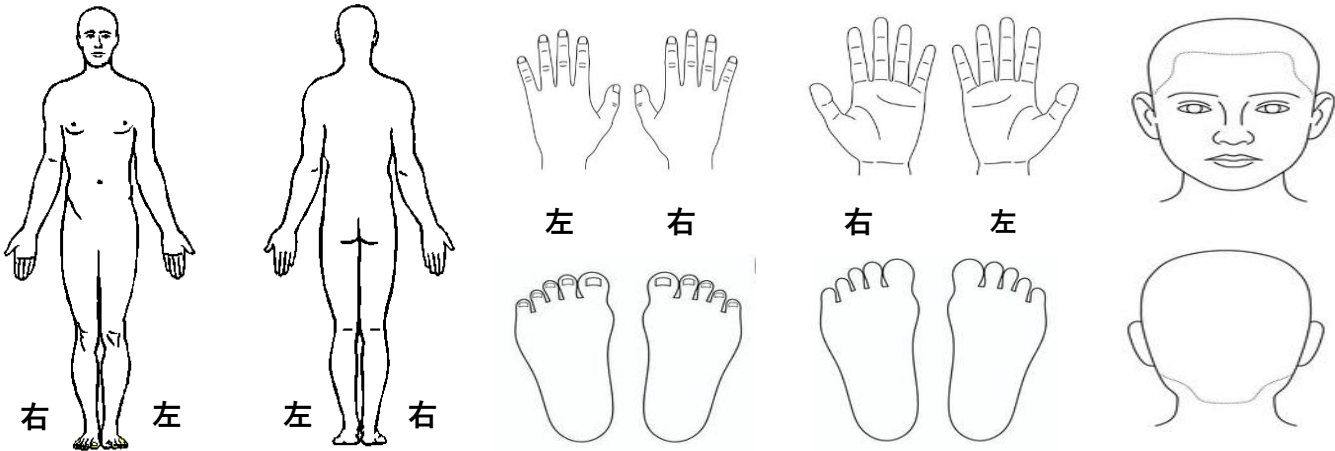
職業

身長 cm 体重 kg

1、本日はどうされましたか？ (□にレ点をしてください) ※複数回答可

- ☐ 痛い
- ☐ はれている
- ☐ しびれる
- ☐ こわばる
- ☐ 曲がらない
- ☐ 伸ばせない
- ☐ 変形している
- ☐ 動かない
- ☐ 傷がある
- ☐ 赤くなっている
- ☐ できもの
- ☐ 歩行できない
- ☐ その他 ()

2、症状のある部位に○をしてください



3、いつ頃から症状がありましたか？ から

4、原因やきっかけは何かありますか？

5、この症状で、他院に受診したことがありますか？ (はい・いいえ)

6、治療中の病気、以前かかった病気、手術歴がありますか？ (はい・いいえ)

※病気をわかる範囲でお書きください

7、薬、食べ物のアレルギーはありますか？ (はい・いいえ)

※「はい」の方は、何のアレルギーですか？

8、現在妊娠中または授乳中ですか？ (はい・いいえ)

※「はい」の方は妊娠何週目ですか？ 週目