

初診問診票

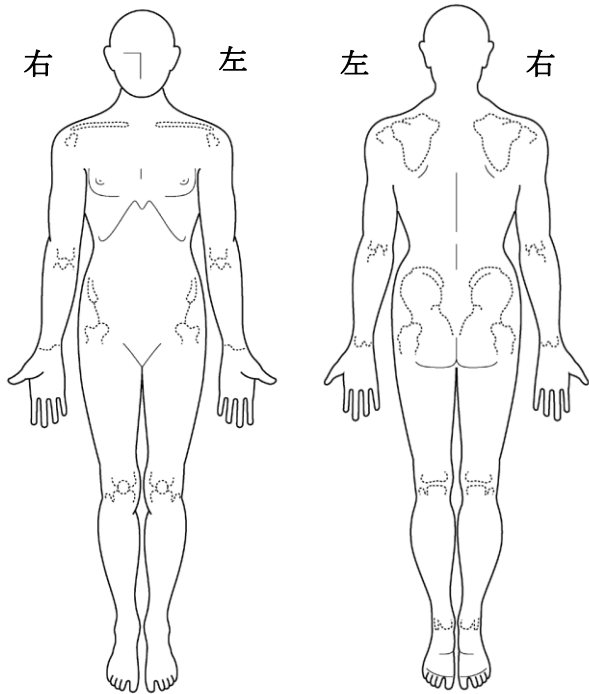
氏名 _____

1. 本日受診された理由（□に印をつけてください。） ※複数回答可

- 痛み はれている しびれる こわばる
- 曲がらない 伸びない 変形している しこりがある
- 出血している 歩行困難 その他（ _____ ）

2. 症状のある部位に印を付け、その横に名称を書いて下さい。

（複数の場合は辛い順に番号をお願いします。）



3. いつ頃から症状が出てきましたか？

_____ から

4. 痛み始めた原因やきっかけは何ですか？

※出来るだけ詳しくお願いします。

5. ご職業は？ _____

6. 現在治療中のものを含めて今までにかかったことのある大きな病気・けがをお書きください（わかる範囲で結構です。）

7. 薬のアレルギーはありますか？

ない・ある→（ _____ ）

8. 女性の方にお聞きします。現在、妊娠中あるいは妊娠している可能性はありますか？

いいえ・はい（ _____ 週目）

ご協力ありがとうございました。