

問 診 票

記入日 年 月 日

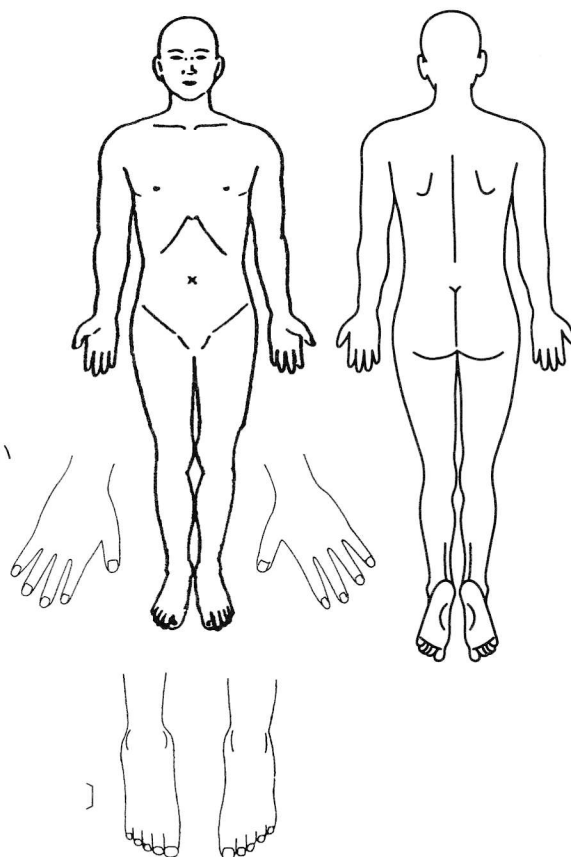
フリガナ		性 別	生 年 月 日
お名前		男 女	大・昭・平・令 年 月 日
現住所	〒 -		
電 話	自宅	身 長	cm
	携帯	体 重	kg

1. 本日、どのような症状で受診されましたか？

いつから 今朝 昨日 2, 3日前 4, 5日前 約1週間前
1ヶ月前 2, 3ヶ月前 それ以上→〔 〕

異常のあるところに☑をしてください↓

どこが〔 〕
痛い しびれている はれている
だるい 動きにくい 血がでている
 どうしてなりましたか
 〔 〕



2. 今までに、大きな病気をしたことがありますか？
ない ある→〔 〕

3. 現在、治療中の病気があれば書いてください
 (たとえば、糖尿病、高血圧など)
ない ある→〔 〕

4. アレルギーが出たことがありますか？
ない ある→〔 〕

5. ぜんそく 喘息にかかったことがありますか？
ない ある→〔いつ頃ですか？ 〕

6. 整形外科の治療を受けたことがありますか？
ない ある→〔いつ頃ですか？ 〕

7. 現在、妊娠されていますか？
いいえ わからない はい