

ID:

HP

問 診 票

待ち時間の短縮、診察内容の充実のため、
太枠の部分を、分かる範囲で正確に記入して下さい。

新 ・ 初 ・ 別

診察日			
フリガナ		生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成
氏名	男 ・ 女 (歳)		年 月 日
自宅住所	〒 -		
電話	()	FAX	()
仕事		身長/体重	cm/ kg

1. どこが痛いですか。() また下の図に印をつけて下さい。

2. どのような事で来院されましたか。

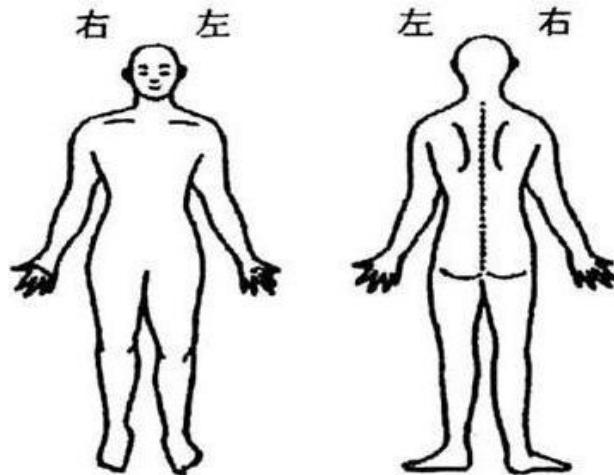
- 痛み つっぱり 重い感じ
- 動きが悪い しびれ けが
- その他 ()

3. いつ頃から現在の症状が出ましたか

- 年 月 日から 週間前から
- ヶ月前から 年前から

4. 症状の原因として何か心当たりはありませんか。

また、痛い動きや困っていることがあれば下記の欄に記入して下さい。



5. 今までこのことで何か治療を受けましたか

- <施設> 特になし 他の病院 (病院名:) 接骨院などの医療類似行為
 <治療> マッサージ 注射 電気 牽引 その他 ()

6. 交通事故またはお仕事上の事故ですか? 交通事故 労災 どちらでもない

7. 持病はありますか? なし ある ()

8. 現在服用している薬はありますか? なし ある ()

9. 薬で副作用が出たことはありますか? なし ある ()

10. 妊娠の可能性はありますか? している (妊娠 月) 可能性がある なし

11. 当院をどのように知りましたか? インターネット ちらし 雑誌
 看板 (道路・建物・駅) ご紹介 (様)