

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。

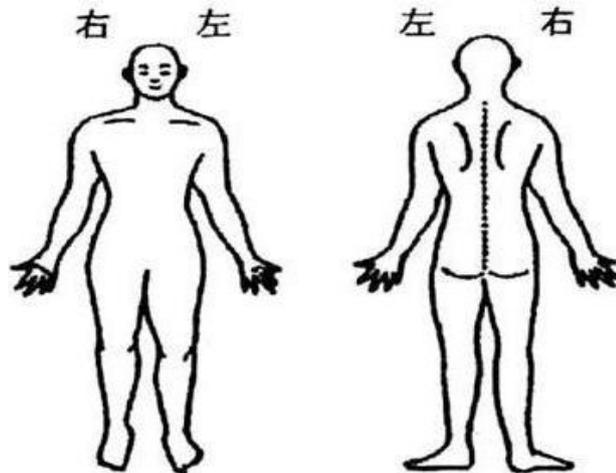
- 痛み  つっぱり  重い感じ
- 動きが悪い  しびれ  けが
- その他 ( )

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)