

フリガナ		職業	
氏 名	男 様 女	勤務先・学校	名称・部活
生年月日	大/昭/平/令 年 月 日生(歳)		住所
住所	〒 -		
TEL	() -		TEL () -

1. 今回の症状はいつからですか。今回受診のきっかけとなったことのみお書きください。

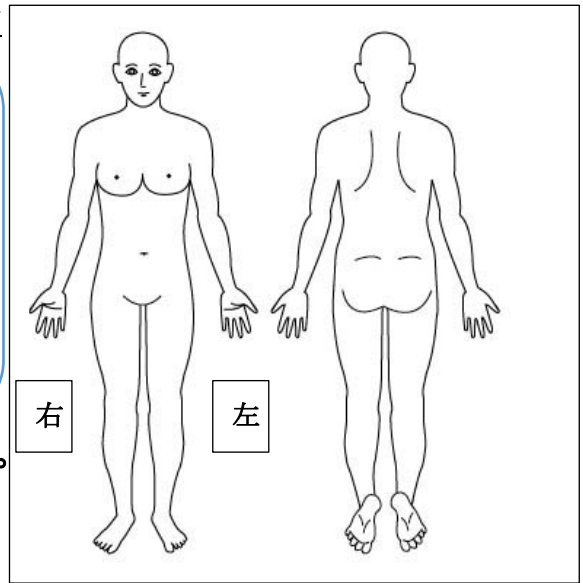
右の人体図の該当するところに○をして下さい

腫れ、しびれ、痛み、力が入らない、重い、脚開はい制限、つれ、など

首・首根もと、肩、上腕、肘、前腕、手首、手、指、背中、肩甲骨、胸、腰、骨盤、おしり、股、太もも、膝、脛、足首、ふくらはぎ、アキレス腱、かかと、足の甲、足の裏、足の指、腕全体、脚全体、歩き方 **症状の具体的内容をお書き下さい**

昭和/平成/令和 年 月(日)(頃)から

症状が悪化したのであればいつからか記入して下さい



2. 1. の原因ついて思い当たることがあれば書いて下さい(あり・なし)。

あればいつ(頃)のことか書いて下さい。

昭和/平成/令和 年 月 日

3. 今回の事や、またはその以外のこと現在または過去に他の整形外科・整骨院・整体にかかりましたか(あり・なし)。何でかかったか内容をお書き下さい。

昭和/平成/令和 年 月

昭和/平成/令和 年 月

現在他院でリハビリを行っている方は必ずお書きください

4. 内科、眼科、耳鼻科、など他の病気で治療中であれば記入して下さい(あり・なし)。服用中で他剤との併用に注意するようにいわれている薬(例えばワーファリン)があれば記入して下さい。**薬剤手帳あるいは薬剤情報があれば提出下さい。**

糖尿病・高血圧・脂質異常症・脳梗塞・脳出血・不整脈・心疾患・白内障・緑内障・腎臓病・肝炎・肝硬変・喘息・めまい・アトピー・癌など

具体的に:

5. 薬・注射・食べ物、などのアレルギー歴があれば記入して下さい(あり・なし)。また湿布はかぶれやすいですか(あり・なし)。

6. 今までの病気や手術歴(これは小さな手術も記入)、あるいは入院歴があれば何であるか記入して下さい(あり・なし)。

昭和/平成/令和 年:

昭和/平成/令和 年:

昭和/平成/令和 年:

昭和/平成/令和 年:

7. 女性の方のみ:妊娠中あるいは妊娠の可能性がありますか(あり・なし)、授乳中ですか(あり・なし)

問診票の記入に際しての注意 -必ず最後まで読んで問診票へ-

1. 今回の受診の一番のきっかけとなったことのみお書き下さい。

ついでに診てもらいたいものは時間的に無理がありますので再診時にお願いします。

2. 問診票は最後までよく読んで、必ず御本人または御家族が記入して下さい。

問診票は時間をかけて最後まですべて記入願います。不十分な場合再度問診票を追加記入していただきます。

3. 症状と経過はご自身しかわ

かりません。 受付・会計業務に支障が生じますので受付台での質問は避けてください。 受付では対応しませんのでご了承下さい。