

問診表

氏名 _____ (明治・大正・昭和・平成) _____ 年 月 日生 _____ 年齢 _____ 才

住所 _____ (TEL) _____

緊急連絡先 (TEL) _____

1. 今回、診察を受けたい部位に○をつけて下さい。



2. 当てはまる症状に○をつけて下さい。

(症状) ・痛む ・しびれる ・感覚が鈍い ・力がはまらない ・こわばる ・動きにくい
・動かない ・腫れている ・傷がある ・内出血がある ・その他 ()

3. それは、いつ頃からですか。

年 月 日から (おおよそ 位前から)

4. 原因があれば記入してください。

(例 階段を2段踏みはずしてひねった。中腰で重いものを持ち上げた。)

5. ここに来る前に何か処置をしましたか。

(例 ○○病院で薬をもらった。通院していた。家で安静にしていた。)

6. これまでに薬や注射の副作用でアレルギー反応を起こしたことがありますか。

なし ・ あり ()

7. 妊娠について

※ レントゲン検査をすることがあります。可能性のある方は必ずお申し出ください。

・している ・していない ・可能性あり ・わからない

8. その他 (ご要望など記入してください)