

受診日 20 年 月 日

問診票

ID: _____

ふりがな				性別	生年月日 (西暦)			年齢	
名前				男	女	年 月 日			歳 (学年 年)
住所 〒	都道		市郡						
	県府		区						
電話番号	自宅 ()			携帯	本人 ()			保護者 ()	
身長	体重	利き手		スポーツ					
cm	kg	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左						
職業 ()	内容 <input type="checkbox"/> デスクワーク <input type="checkbox"/> 立ち仕事 <input type="checkbox"/> カ仕事 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 ()								

今回の症状について記入してください

いつから 年 月 日頃から

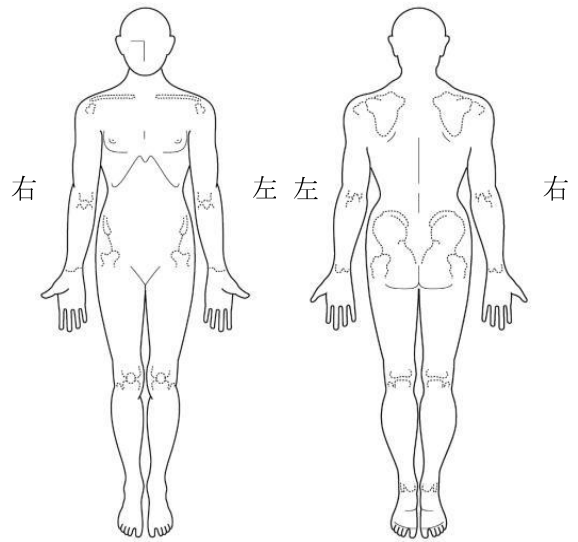
どんな症状ですか

痛み 痺れ 脱力 屈伸できない 変形

腫れ 熱感 その他 ()

思い当たる原因はありますか?

症状がある部位を○で囲ってください



現在の痛み、症状の辛さはどの程度ですか？

顔の下の直線の目盛りに印をつけてください

これまでで経験した最も強い痛みを右端とするとどの辺りでしょうか

今日、診てもらう症状は他の医療機関または治療院に受診しましたか

<input type="checkbox"/> はい	医療機関または治療院	受診日	20 年 月 日
<input type="checkbox"/> いいえ	診断、治療・処置	紹介状	: 有 ・ 無
		MRI・CT	: 有 ・ 無

治療中の病気などについて記入してください

アレルギー (薬・食物・花粉症・アトピー・金属・その他)

喘息 体内金属 ()

糖尿病 心臓疾患 ()

高血圧 腎疾患 ()

高脂血症 その他 ()

かかりつけ医療機関 ()

おくすり手帳 あり なし

嗜好品の習慣

タバコ あり 本/日

お酒 あり 回/週

女性の方へ

現在、妊娠していますか？ はい () 週

授乳していますか？ はい

本日の診察について医師のご希望はありますか

特になし あり スポーツ外来 一般外来 医師のご希望あり () 医師

当クリニックを受診したきっかけを教えてください

知り合いから紹介 インターネット (当院ホームページ) インターネット (医療情報サイト)

チームから紹介 チラシ 近所 吉祥寺街頭ビジョン その他 ()