

問 診 票

令和 年 月 日

ふりがな		男・女	生 年 月 日		
お名前	様		大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)		
ご住所	〒	電 話	()	-	
		携 帯	-	-	
		緊急連絡先	-	-	
お仕事	事務・営業・販売業・力仕事・立ち仕事・手仕事・その他 ()				
スポーツ歴	野球・サッカー・テニス・ゴルフ・バスケットボール・バドミントン・卓球・マラソン・その他 ()				
		身長	c m	体重	k g

1. いつ頃からどのような症状でお困りでしょうか？

時期 昭和・平成・令和 年 月 日から

または 頃から

部位 症状のある部位を右の図に○で示してください。

症状 痛み しびれ 腫れ 傷 その他
[]

2. 思い当たる原因はありますか？

なし・ある []

3. 今までに、この症状で治療を受けていますか？

いいえ・はい []

4. 現在治療中、又は今までにかかった病気はありますか？

なし 高血圧 糖尿病 心臓病 脳梗塞
腎臓病 喘息 胃潰瘍 肝臓病 痛風
その他 []

5. 現在、お薬を飲んでいますか？

いない・いる [薬剤名:]

6. 薬や食べ物でアレルギーはありますか？

なし・ある []

7. 女性の方のみお答えください

妊娠中ですか いいえ はい

授乳中ですか いいえ はい

8. 下記の検査や治療についてご要望がありましたら欄にチェックしてください

骨密度測定 (骨粗鬆症など心配の方) トリガーポイント注射 (肩こり、腰痛)
関節注射 (関節痛などの方) リハビリ
その他 ()

9. 当クリニックをどのようにして知りましたか？

紹介 [] ホームページ 電柱広告
パンフレット 野立て看板 その他 []

10. かかりつけ (行きつけ) の薬局はありますか？

なし・ある [] 薬局

11. 介護保険を申請されて介護度の認定を受けていますか？ いいえ はい

【症状のある部位を○で示してください】

