

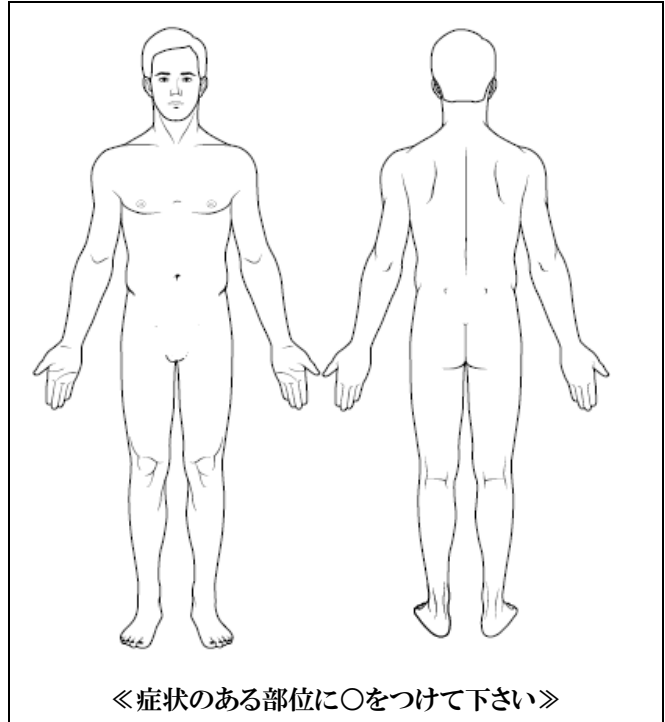
問 診 表

紹介状	持参フィルム 等
あり・なし	あり・なし

受診日 平成 年 月 日

名 前	性別	年齢	身長	体重	職業
	男 女	才	cm	kg	

1. どのような症状で来院されましたか？
- 痛い しびれる 腫れ 動きにくい
 その他()
- * 症状のある部位はどこですか？
- 頰椎(首) 背部 腰椎 膝(右・左)
 肩(右・左) 足首(右・左) その他→図へ



2. いつごろから症状は出てきましたか？
- _____年 _____月 _____日 から
 _____(日・月・年)前から
3. 症状が出たきっかけ・原因は何ですか？
- 交通事故 工作中 スポーツ 転倒
 その他() 特に原因なし

4. 今回の症状で他の医療機関を受診されていればお答えください
- () 病院・医院
- 治療内容： 投薬 注射 物療 その他()
- 検査： レントゲン MRI その他()

5. 現在治療中の病気があればお答えください。
- 高血圧 糖尿病 心臓病(狭心症・不整脈など) 脳梗塞 腎臓病 喘息 胃潰瘍
 その他() 治療中の病気はない

6. 過去に怪我や病気で手術を受けた事があればお答えください。
- 手術名 () : _____年 () : _____年

7. 薬や食べ物でアレルギーが出たことがあればお答え下さい。
- ある：薬() 食べ物() ない

8. 趣味・健康目的で何か運動(スポーツ)されていればお答え下さい。
- 種類() _____回/ 週・月

9. 女性の方へ：妊娠している可能性がありますか？
- はい いいえ

ご記入いただきましたこの問診表の個人情報、診療録(カルテ)と同様に厳正に管理されます