

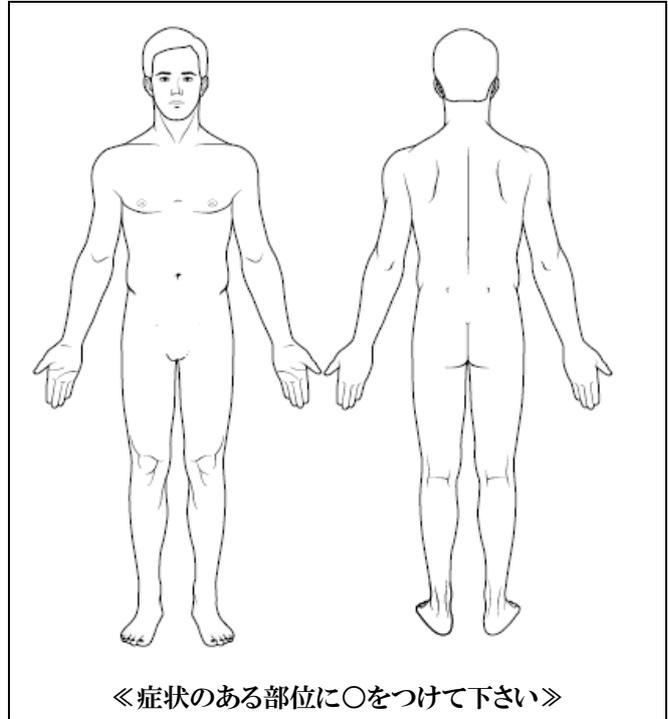
# 問 診 表

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