

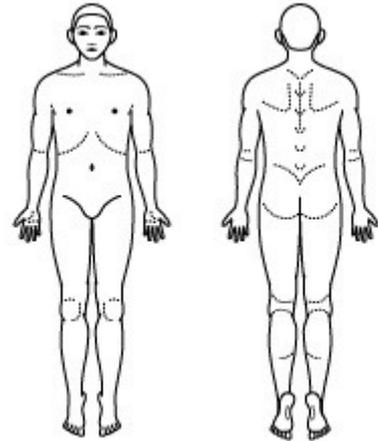
問診表

ふりがな		生年月日	
お名前	様	(大正 昭和 平成 令和) 年 月 日生まれ	
ご住所	〒		
お電話番号		身長	cm 体重 kg

① どのような症状ですか？

痛い しびれている 腫れている

② 症状のある部位はどこですか



③ その症状は、いつ頃からですか？

④ 思い当たる原因はありますか？

けが お仕事 交通事故 特に無し

⑤ その症状で他の病院、整骨院などに既にかかられましたか？

いいえ ・ はい → 施設名 ()

⑥ 今までに大きな病気 (入院、手術など) にかかったことがあれば、お書き下さい

⑦ 現在、治療中の病気、飲んでおられるお薬が有れば、お書き下さい

*内服中の方は、お薬手帳、または、薬情のご提示をお願いします。

⑧ お薬や注射でアレルギー症状がでたことがありますか？

いいえ ・ はい → 薬の名前 () 症状 ()

⑨ 女性の方のみお答えください。 現在妊娠していますか？

していない 可能性がある している (妊娠 ヶ月) 授乳中

⑩ 体内に金属 (プレートや人工関節など) やペースメーカー、ステントなどが入っていますか？

いいえ ・ ある → ()

⑪ ご希望の治療法、お嫌いな治療法がありましたらお伝えください。

ご希望 () お嫌い ()