

# 問診票

年 月 日

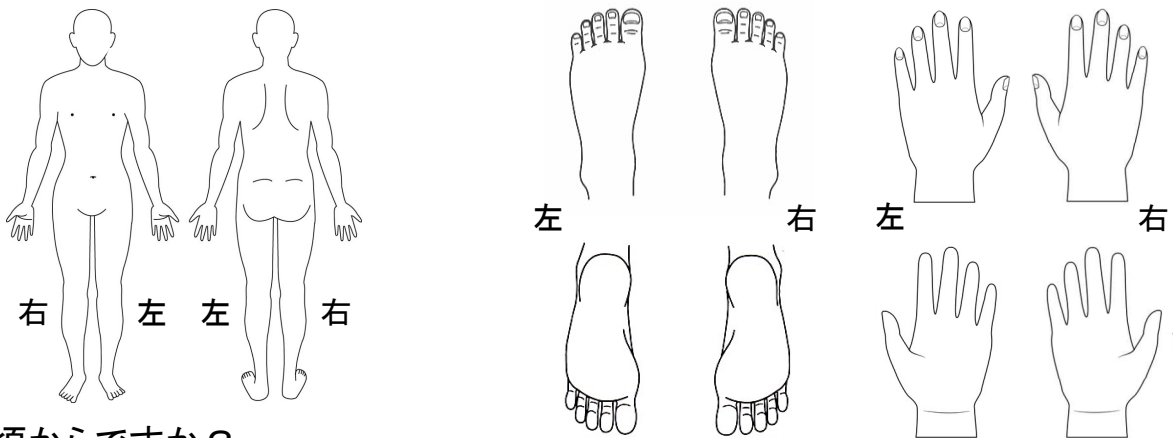
フリガナ	性別	生年月日	年齢	職業
名前	男 女	大正 昭和 平成 令和 年 月 日		
住所 〒 -			自宅電話	- -
			携帯電話	- -

①どのような症状ですか？

痛み      しびれ      腫れ      ケガ      やけど

その他 ( )

②調子の悪いところはどこですか？ 図の中に○をつけてください。



③いつ頃からですか？

( )

④思い当たる原因はありますか？

特になし    交通事故    労災    スポーツ    その他 ( )

⑤現在治療中または過去に治療を受けた病気やケガはありますか？

いいえ ・ はい ( )

⑥現在飲んでいる薬はありますか？

いいえ ・ はい ( )

⑦食物・薬・金属などにアレルギーはありますか？

いいえ ・ はい ( )

⑧女性の方へ

現在妊娠中または妊娠の可能性はありますか？      いいえ ・ はい

授乳中ですか？      いいえ ・ はい

⑩紹介状・画像などをお持ちですか？      いいえ ・ はい

⑪介護保険を利用されていますか？      いいえ ・ はい