

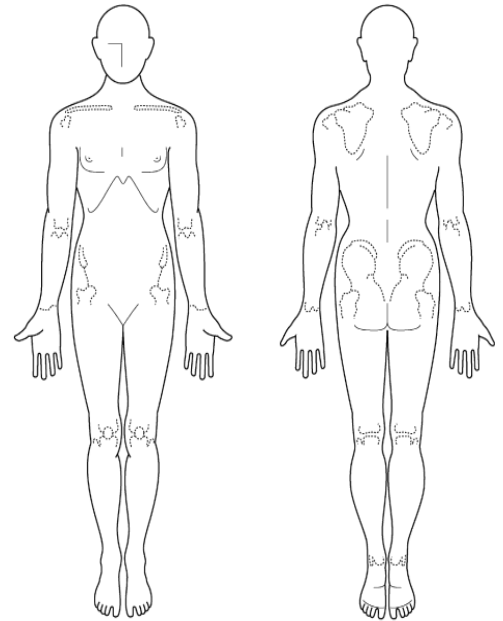
ID:

フリガナ	性別	生年月日
お名前	男・女	明・大 昭・平 年 月 日 (歳)
ご住所 〒		自宅電話
		携帯電話
フリガナ *未成年者の方 保護者のお名前()、携帯電話()		身長 cm / 体重 kg
当院を何でお知りになりましたか？ <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 近所なので <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 知人からの紹介(紹介者:) <input type="checkbox"/> その他()		

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？

頸椎(首) 背部 腰椎 膝(右・左)
肩(右・左) 足首(右・左) その他→右図へ


2. いつごろから症状は出てきましたか？

(年 月 日) 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していれば
 教えてください。

() 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教えてください。

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()
現在内服中の薬(有・無) 治療中の病気はない

6. 過去に病気や手術を受けた事があれば教えてください。

 (病名・手術名:) いつ頃:)
 (病名・手術名:) いつ頃:)

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() 頻度(回/週・月)

9. 現在、お仕事はされていますか？

はい (内容:デスクワーク 営業 立ち仕事 その他:) いいえ

10. 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は、診療録(カルテ)と同様に厳正に管理されます。
※ 介護保険を使って介護サービスやリハビリをおこなっている場合はお知らせください

11. 領収書は、 1 毎日 2 月又は年間 でお願ひします。