

# 問診票

ID:

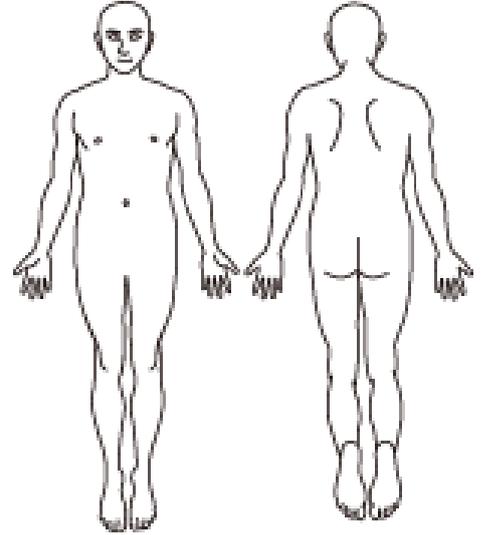
受診日：平成 年 月 日

氏名	フリガナ	性別	年齢	身長	
		男女	才	cm	
住所	〒				
	電話 — —				

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 ( )

\*症状のある部位を右図に○をつけて下さい→



2. いつごろから症状は出てきましたか

( )

3. 原因、きっかけはありますか

( )

4. 過去にケガや病気で入院や手術を受けた事がありますか

なしあり 入院・手術 ( 年 :  
( 年 :

病院名 : ( )

病院名 : ( )

5. 現在、治療中の病気がありますか

- なし 高血圧 糖尿病 高脂血症 心疾患 (狭心症・不整脈) ペースメーカー  
脳梗塞 腎臓病 喘息 その他 ( )

6. 御希望の検査、治療ありますか

- 注射、点滴 採血による健康チェック (生活習慣病など) アレルギーチェック  
骨密度検査 リハビリテーション 超音波検査 お薬  
その他 ( )

7. アレルギーはありますか

なし あり：薬 ( ) 食べ物 ( ) その他 ( )

8. 女性の方へ 現在、妊娠はしていますか

していない している 不明

- ・患者様の健康のため診察、リハビリ前に血圧、熱などお身体の状態を確認することがあります
- ・医師の指示のもと、先にレントゲンを行う場合があります

※労災・自賠責 (交通事故) の方は事前に受付までお申し出ください※

御協力ありがとうございました

しすい整形クリニック