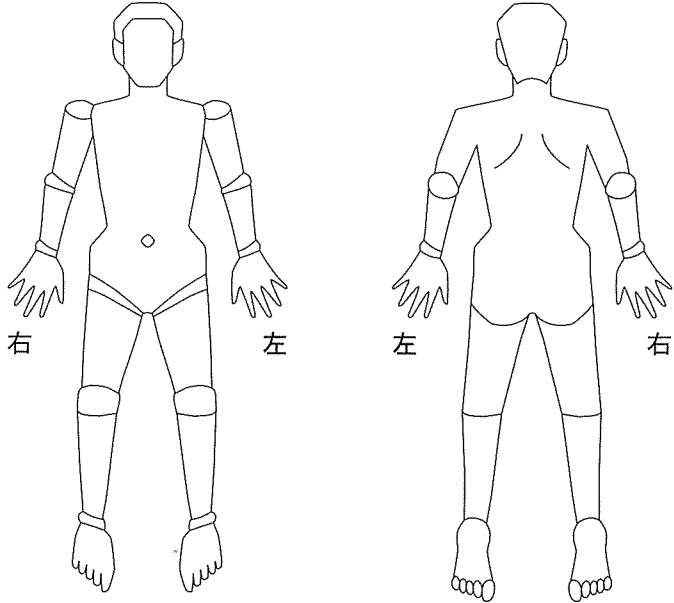


# 問 診 表

|      |    |     |               |       |
|------|----|-----|---------------|-------|
| フリガナ |    | 性別  | 生年月日          | 年齢    |
| 名前   |    | 男 女 | 明・大・昭・平 年 月 日 | 才     |
| 〒    | 住所 |     |               |       |
| 電話   |    | 身長  | cm            | 体重 kg |

① 症状のあるところに印をつけてください。



今回の症状に関して、当クリニック以外で治療を受けたことがありますか。  
 ない  ある

② どのような症状がありますか。⇒ 痛み・しびれ・腫れ・その他〔  〕

③ 原因は何ですか。それは、いつからですか。  
 スポーツ ( 月 日)     交通事故 ( 月 日)     工作中 ( 月 日)  
 その他の原因〔  〕・いつからですか〔  〕

④ 現在、治療中の病気はありますか。  
 ない  ある ⇒  糖尿病・心臓病・脳卒中・高血圧・ぜんそく・その他〔  〕

⑤ 現在、内服中のお薬はありますか。  
 ない  ある ⇒ お薬手帳をお持ちの方はご提示ください。

⑥ 過去にかかった病気や受けた手術はありますか。  
 ない  ある ⇒  病名〔  〕, 手術〔  〕  
 ※ペースメーカーが入っていますか ⇒  いいえ  はい

⑦ アレルギー症状が出たことがありますか。(飲み薬・貼り薬・注射・その他)  
 ない  ある ⇒  〔  〕

⑧ 日常会話が聞こえづらいことがありますか。 ⇒  ない  ある

女性の方へお聞きします 現在妊娠中または妊娠の可能性はありますか。 ⇒  ない  ある