

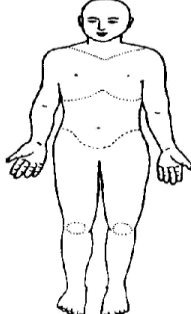
問診表 令和 年 月 日 カルテNo.

| | | | | | | | |
|------|--------|--|------|----------------|----|----|---|
| フリガナ | | | 生年月日 | 大正 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 氏名 | 男女 | | | | | | |
| 住所 | (〒 -) | | | | | | |
| 電話 | 自宅 | | 職業 | 業種をご記入下さい () | | | |
| | 携帯 | | 身長 | cm | 体重 | kg | |

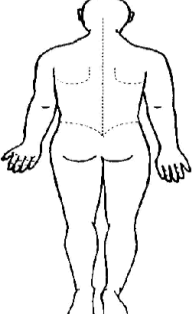
| | |
|---------------------------|--|
| 1.いつごろからお困りですか () 頃から | 2.発症原因に心当たりはありますか <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 工作中/通勤中のケガ <input type="checkbox"/> スポーツ() <input type="checkbox"/> 転倒した <input type="checkbox"/> ぶつけた <input type="checkbox"/> ひねった <input type="checkbox"/> その他() |
|---------------------------|--|

3.どのような症状ですか
 痛い しびれる 腫れている その他()

4. 症状のある部位はどこですか 図の中に○をつけてください



右 左



左 右

※今回の症状で治療を受けたことがありますか
 はい いいえ

5.現在内服している薬はありますか はい(お薬手帳:あり なし) いい ※手帳を提出して下さい
内服している薬 ()

6.現在治療中の病気はありますか? 過去に病気・入院・手術などをされた事がありますか?
 はい () 手術歴 いつ頃 ()
 いいえ 病名 ()

7.薬や食べ物のアレルギーはありますか

| | | |
|--|--------|------|
| 薬 : <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | 薬剤名 : | 症状 : |
| 食べ物 : <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | 食べ物名 : | 症状 : |

8.本日、診断書の希望はありますか はい いいえ

9.本日、付き添いの方はいらっしゃいますか はい (ご関係:) いいえ

◆女性の方のみお答えください

妊娠中ですか : はい いいえ 可能性がある

授乳中ですか : はい いいえ

◆65歳以上の方のみお答えください

介護認定 有 無

有の場合 等級() 期間()