

問 診 票

NO. _____

平成 年 月 日

フリガナ

お名前 _____ 才

お仕事 _____

現在しているスポーツ _____

下の□に レチェック☑をお願いします

下図の部位に○を付けてください

いつごろからどんな症状がありますか？

月 日、 _____ 前から

痛み しびれ、はれ

原因は

交通事故

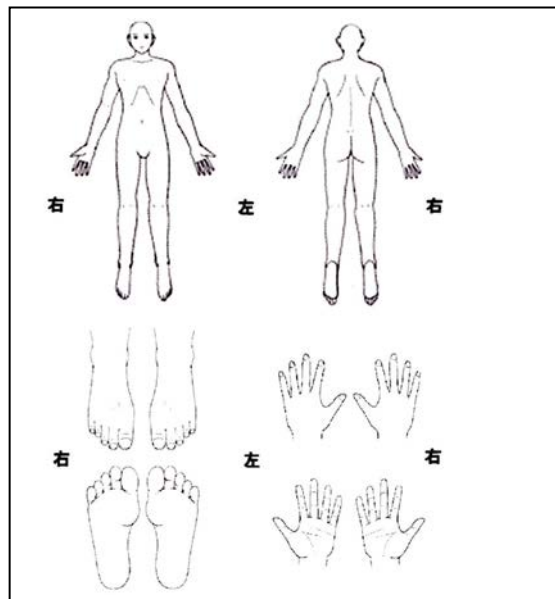
工作中的の事故

通勤または帰宅途中

スポーツ中

学校のけが

思いあたる原因がない



* 介護保険の認定を受けていますか (はい、いいえ)

* 介護保険のサービスでリハビリを受けていますか (はい、いいえ)

* 他の整形外科や接骨院で治療中ですか (はい _____、いいえ)

* 治療中(または以前)の病気はありますか (はい、いいえ)

糖尿病、喘息、狭心症・不整脈、脳梗塞、癌、高血圧、胃潰瘍、精神疾患

* ペースメーカーをしていますか (はい、いいえ)

* いま飲んでいるお薬はありますか (はい _____、いいえ)

* アレルギーはありますか (はい _____、いいえ)

* 歯の治療などの麻酔で具合が悪くなったことがありますか (はい、いいえ)

女性の方のみ

妊娠中ですか (はい、いいえ) 授乳中ですか (はい、いいえ)

ご協力ありがとうございました。 終わりましたら受付にお出してください。