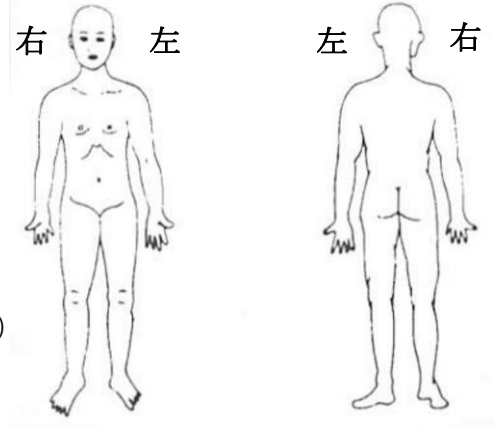


# 問診票

順番に伺いますので記入してお待ち下さい。

氏名 \_\_\_\_\_ 才 (男・女)

職業 ( )



## 1. 現在の症状についてお聞かせ下さい。

- ① 症状のある部位を右図に示して下さい
- ② どんな症状ですか?  
\* 痛み・しびれ・腫れ・変形・動きが悪い・その他 ( )
- ③ いつ頃からその症状がありますか?  
( )年( )月( )日

④ 原因はありますか?

[ \_\_\_\_\_ ]  
どんな時に症状が出現し、あるいは悪化しますか。

[ \_\_\_\_\_ ]

⑤ 今回の症状で他の病院を受診したことはありますか? ( はい ・ いいえ )  
受診した日 [ \_\_\_\_\_ ] 治療内容 [ \_\_\_\_\_ ]

⑥ 運動をしている方へ

種目: \_\_\_\_\_ 所属: \_\_\_\_\_ 今後の活動予定: \_\_\_\_\_

## 2. 現在、治療中の病気はありますか? ( はい ・ いいえ )

[ 高血圧・糖尿病・心臓病・脳疾患・肝臓病・腎臓病 その他 [ \_\_\_\_\_ ]  
いつから: \_\_\_\_\_ 病院: \_\_\_\_\_  
現在服用中の薬: \_\_\_\_\_  
\* お薬手帳をお持ちの方は提示してください。 ]

## 3. 下記の項目について該当する項目に○をつけて下さい。

- ・心臓ペースメーカーを使用していますか? ( はい ・ いいえ )
- ・脳外科クリップまたは、外科手術等により体内金属がありますか? ( はい ・ いいえ )
- ・白内障の手術歴(眼内レンズの挿入)はありますか? ( はい ・ いいえ )
- ・コンタクトレンズを使用していますか? ( はい ・ いいえ )
- ・歯の治療でインプラント・入れ歯、ブリッジ、矯正(金属)はありますか? ( はい ・ いいえ )
- ・閉所恐怖症はありますか? ( はい ・ いいえ )
- ・煙草はお吸いになりますか? ( はい ・ いいえ )
- ・薬アレルギー(薬剤名: \_\_\_\_\_ 症状: \_\_\_\_\_ )
- ・喘息(最終発作: \_\_\_\_\_ )

## 4. その他、今までにかかれた病気やけがで、入院・手術があればすべて記入して下さい。

[ 病名: \_\_\_\_\_  
いつ: \_\_\_\_\_  
病院: \_\_\_\_\_ ]

## 女性の方へ

- 現在妊娠中、又は妊娠の可能性はありますか? ( はい ・ いいえ )
- 授乳中ですか? ( はい ・ いいえ )