

問診表

順番に伺いますので記入してお待ち下さい

氏名 _____ 才 (男 ・ 女) 喫煙 (あり ・ なし)

ご職業 (_____) ※下記にあてはまるものがあれば、○もしくは記入してください
デスクワーク ・ 営業 ・ 立ち仕事 ・ 重労働 ・ 主婦 ・ 無職 ・ 学生 (_____) 年生

1. 現在の症状についてお聞かせください

① 症状のある部位を右図に示してください

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 今回の症状が出始めたのはいつ頃からですか？

(_____) 年 (_____) 月 (_____) 日 (原因: _____)

④ どんな時に症状が出現、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)

病院名 (_____) 受診した日 (_____) 治療内容 (_____)

⑥ スポーツをしている方へ

種目 (_____) 所属先 (_____) 試合予定 (_____)

★ 以下は、2回目以上の来院の方で、前回記入内容と変化がなければ記入不要です

薬によるアレルギー (あり ・ なし) (薬剤名: _____ 症状: _____)

喘息 (あり ・ なし) (最終発作: _____)

2. 現在治療中の病気はありますか？ (はい ・ いいえ)

病名:

いつから:

病院:

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. 今までに病気やけがによる入院・手術歴があればすべて記入して下さい (あり ・ なし)

病名:

いつ:

病院:

4. 下記項目に該当するものがあれば、○もしくは記入してください

〔 心臓ペースメーカー ・ 脳外科クリップ ・ 体内金属 ・ 白内障手術歴 ・ コンタクトレンズ ・ 刺青

歯科治療金属 (インプラント (_____) 本 ・ ブリッジ ・ 矯正) ・ 閉所恐怖症

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) (出産予定日: _____)

授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)

