

受診される患者さまへお尋ねします

年 月 日 午前診・夜診

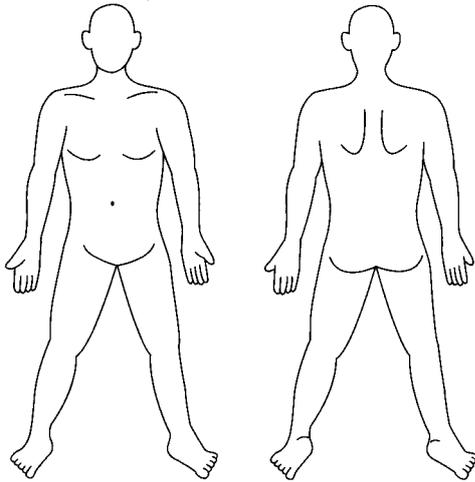
フリガナ
お名前

生年月日 M T S H R 年 月 日 身長 cm
性 別 (男・女) 体重 kg

住 所

TEL

1. 症状のある部位に○印をつけてください。(下図)



3. この病気やケガで、すでに他の所で診察を受けられましたか?

(はい・いいえ)

▼
病院 医院 鍼灸院 整骨院 その他

病院・医院名 ()
その他 ()

治療・検査

手術 ギプス 注射 飲み薬 湿布 お灸
はり 電気 マッサージ けん引 リハビリ
レントゲン CT MRI
その他 ()

4. 今までに大きな病気・ケガ・手術がありますか、また、現在かかっている病気はありますか?

(ある・ない)

▼
高血圧 糖尿病 心臓病 肝臓病 胃腸病
結核 ぜん息
その他 ()
ケガ ()
手術 ()

5. 現在薬を飲んでいる、または注射をしていますか?

(ある・ない)

(薬・注射の名前)

6. 薬や食物でアレルギーはありますか?

(ある・ない)

(薬・注射の名前)

7. 現在、妊娠の可能性はありますか?

(ある・ない)

8. その他、心配なことや聞きたいことがあればお書きください。

()

2. どのような症状ですか?

痛い きず はれている こる 重だるい
こわばる つっぱる 力がはりにくい
しびれる 感覚がおかしい 歩きにくい
関節が動かない 変形している
その他 ()

いつからですか?

()

どういう時に痛みますか?

()

思いあたる原因はありますか?

(ある・ない)

▼
()

これより以下は、前回回答えてくださったかたは結構です。変更のある方はお願いします。

9. あなたの職業は?

就労者 (パートを含む)

職種 ()

業務内容

立ち仕事 重労働
座り仕事 軽作業
コンピューター 運転
その他

学生 学校名

小・中・高
大学・専門学校

年生

主婦

無職

10. 現在、何かスポーツをされていますか、または以前されていましたか?

(スポーツ名)

経験年数 年

どれぐらいの割合で? 例:週1回

()

目的は?

趣味 健康づくり 競技

その他 ()

利き腕は? (右・左)

11. 当院を何でお知りになりましたか?

近くなので 家族 知人 他の医院・病院 学校の先生
消防署 医師会 新聞・雑誌 放送インターネット
その他 ()

ご協力ありがとうございました。