

問 診 表

記入日 _____

※出血がある方、頭をぶつけている方は、この問診票を記入する前に受付までお声かけ下さい。

ふりがな
お名前

生年月日 T S H 年 月 日 才

身長 _____ cm

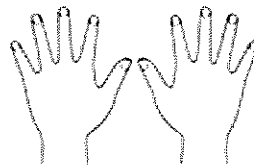
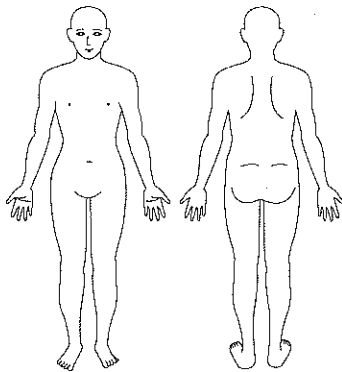
体重 _____ kg

※体の中にペースメーカーが入っていますか？

はい

いいえ

1 今日診てもらいたいところはどこですか？



(左)

(右)



(左)

(右)



(右)

(左)

2 お怪我された日はいつですか？(受傷日)

____年____月____日

今回の症状はいつからですか？

____年____月____日 から

3 症状のきっかけになるようなことはありましたか？

ある →

ない

4 今までに同じようになったことがありますか？

はい いつ頃ですか？ _____

いいえ

5 今回の症状に対し治療を受けていますか？

はい → どのような治療をうけられていますか？

→ 他では何とされていますか？

いいえ

裏面もご記入ください→

