

【受診日 令和 7 年 月 日】

# 問診票

ふりがな		男・女	生 年 月 日		
氏 名	様		大・昭・平・令 年 月 日		
現住所	〒	電話番号 (自宅)		( )	
		携帯電話		-	-

次の項目を読み、該当する□に✓印をつけてください。

●本日、発熱やかぜ症状はありますか。 □ない □ある

●身長 ( cm) ●体重 ( kg) ●職業 ( )

●どのような症状ですか。 (例) 右肩が痛い

●症状のでているところはどこですか (押して痛いところも)。

右の図に○をつけてください。

●発症 (受傷) 日はいつですか。

□ ( 年 月 日)

□ ( ) 日前 □ ( ) 週間前 □ ( ) か月前

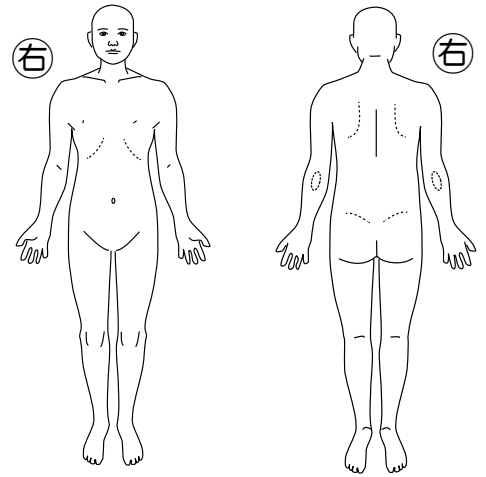
●原因はありますか。

□ わからない □ スポーツ中

□ その他 ( )

□ 工作中・通勤中のけが □ 学校内・通学中のけが

□ 交通事故 (事故日 年 月 日)



●現在治療中の病気はありますか。

□ ない □ ある (病名 )

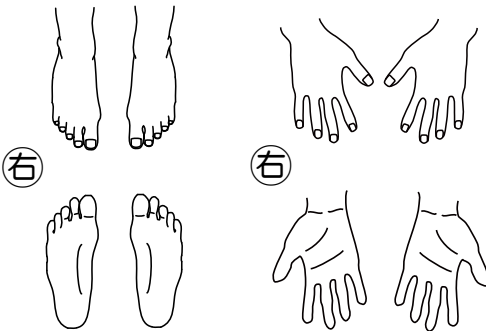
●手術を受けたことがありますか。

□ ない □ ある (詳細について: )

●現在飲んでいるお薬はありますか。

□ ない □ ある (薬剤名 )

お薬手帳 □ ない □ ある



●体の中に金属はありますか。

□ ない □ ペースメーカー □ 人工関節 (部位: )

□ 動脈瘤クリップ

●感染症といわれたことはありますか。

□ ない □ B型肝炎 □ C型肝炎 □ 梅毒 □ その他

◎自費 (保険外診療) の疼痛治療、ファシアリリースを希望しますか。

□ 希望する

女性の方のみ、該当する□に✓印をつけてください。

●妊娠中ですか。 □ いいえ □ はい □ 可能性がある

●授乳中ですか。 □ いいえ □ はい

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出をお願いします。