問診票

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

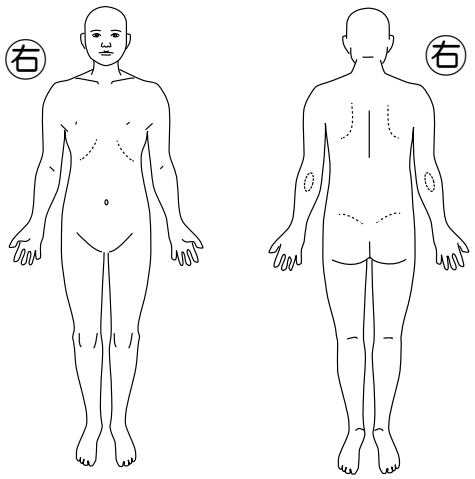
次の項目を読み、該当する□に✓ 印をつけてください。

●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

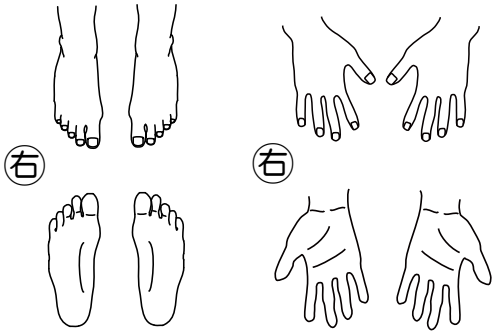
●原因はありますか。

□ わからない　□ スポーツ中

□ その他（　　）

□ 仕事中・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、受付までご提出お願いします。