

# 問 診 票

年 月 日

※ 工作中的ケガ（労災）や事故（自賠責）の際は、受付にお申し付けください ※

フリガナ 氏 名		男・女	大・昭 平・令	年 月 日	才
住 所	〒				
電話番号	自宅	職 業			
	携帯				
来院のきっかけ	以前来院あり・ホームページ・近所・紹介・その他（ ）				

↳ [ 様 ]

① 痛み・しびれ等の症状がある部位に○印をつけて下さい。（右図）

いつ頃 年 月 日から

原因 運動 原因不明 労災 交通事故日

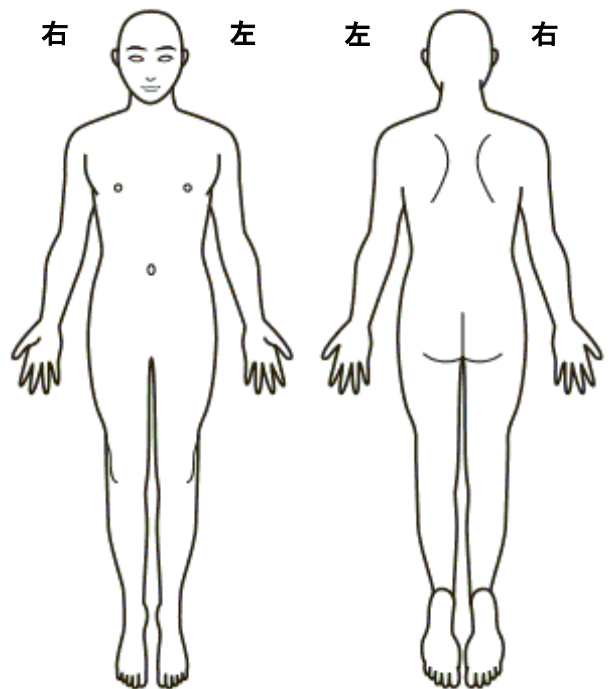
↳ 月 日

② 今までに整形外科手術を受けたことがありますか？  
（ あり ・ なし ）

あり→ [手術名： ]

③ お薬のアレルギー （ あり ・ なし ）

あり→ [薬品名： ]



※現在お薬を服用中の方は、お薬手帳を受付にお出してください。

④ 今までにかかった病気を○で囲んで下さい。

糖尿病 リウマチ 痛風 心臓病（ペースメーカー） 腎臓病 肝臓病  
胃潰瘍 喘息 肝炎 その他[ ]

⑤ 女性の方へ 現在妊娠されていますか？ （ はい ・ いいえ ）

現在授乳中ですか？ （ はい ・ いいえ ）

※65歳以上の方は、介護保険被保険者証をお持ちでしたら受付でご提示ください。