

問診表

令和 年 月 日

フリガナ

お名前 _____

歳

身長 _____ cm

体重 _____ kg

ご住所 〒 _____

電話番号 _____

1. どんな症状でいらっしゃいましたか？ * 症状のある部位に○印をつけて下さい。

いたい おもい 冷える

しびれる はれている

動きが悪い 音がする

力が入らない つっぱる

疲れやすい 形がおかしい

骨折と言われた その他 _____

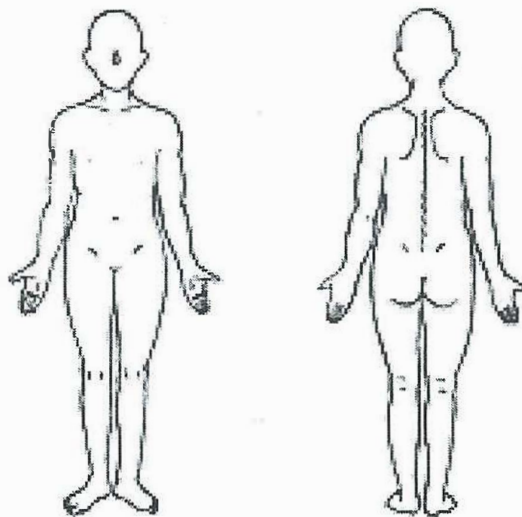
* いつ頃から、また何か原因はありますか？

_____年 _____月 _____日 頃から 原因は？

* 今まで同じようになったことはありますか？

はい いつ頃ですか？

いいえ



2. 整形外科にかかったことがありますか？ はい・いいえ

_____年 _____月 から _____ 整形外科・クリニック・病院

* どんな治療を受けましたか？ _____

3. 今までかかった病気がありますか？

高血圧 糖尿病 ぜんそく 心臓病 その他 _____

* 今まで手術を受けたり入院して治療を受けたことがありますか？

_____年 _____月 (整形外科・外科・その他) _____

_____年 _____月 (整形外科・外科・その他) _____

_____年 _____月 (整形外科・外科・その他) _____

* 今服用している薬はありますか？ はい () いいえ

4. 薬のアレルギーはありますか？ はい () いいえ

5. ご職業は？ () (デスクワーク・立ち仕事・軽作業・重労働・主婦・無職)

6. スポーツを何かしていますか？ はい () いいえ

7. 利き手はどちらですか？ 右 ・ 左 ・ 両

8. 妊娠している可能性はありますか？ はい () いいえ