

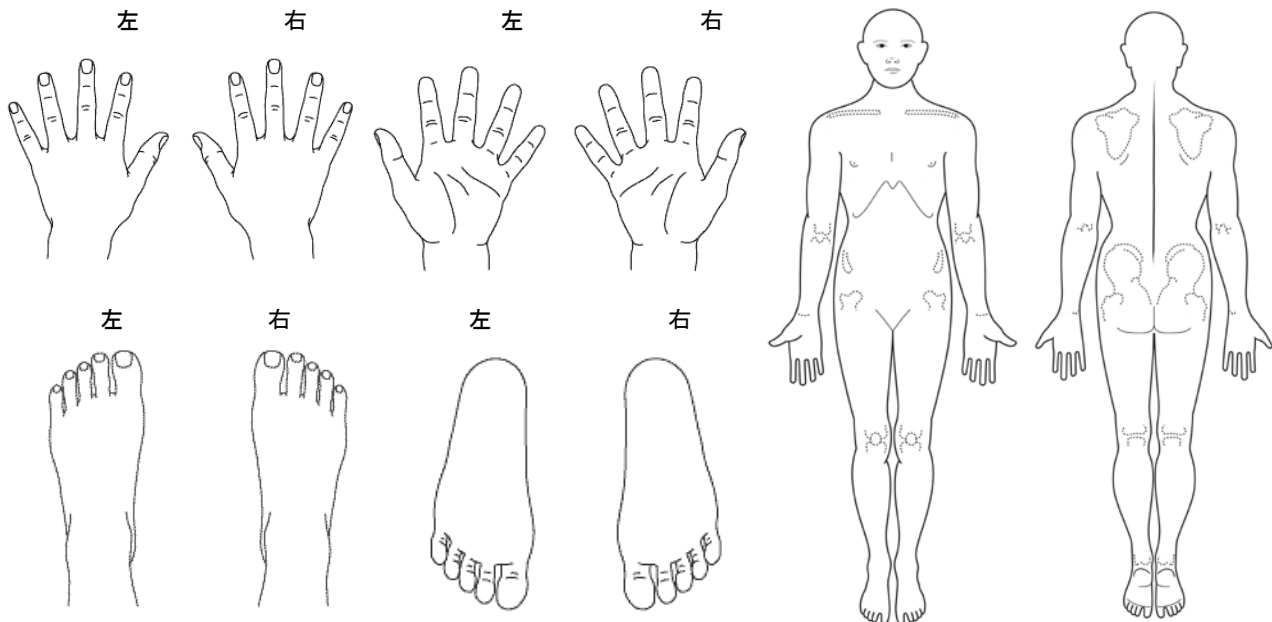
# 問診票

来院日 年 月 日

ふりがな 氏名		男/女	※女性の方へ			
			妊娠なし/妊娠の可能性あり/妊娠中/授乳中			
住所	〒	M/T/S/H	年	月	日	他医の画像持参 無/有( )
			( 歳 )			
連絡先	自宅電話	携帯電話	メール @			
	紹介( )/本( )/ホームページ/新聞/テレビ/ラジオ/雑誌 /講演会 /通勤路/近所/その他:					お薬手帳持参 無/有
来院の きっかけ					身長 体重	( )cm,( )kg
来院 目的	診察/リハビリ/靴・装具/枕/栄養/セカンド・オピニオン/その他:					
発症のきっかけ	交通事故(自賠責保険使用 有/ 無) 仕事・通勤中の怪我(労災申請予定 有/ 無) その他( )					

仕事		趣味 スポーツ		症状が 出るとき		症状が 楽になる とき	
過去の 病気や 怪我				アレルギー なし あり( )		排尿障害 なし あり( )	
どのような症状ですか?	痛み/しびれ/こり/違和感/重だるさ/感覚の鈍さ/腫れ/変形/冷感/脱力感 その他:						
いつごろからですか?				今回の症状のために 出来なくなった事は?			
最近の症状はどうですか?	改善/変わらない/悪化			はじめほどこの部位に 症状がありましたか?			

症状のある部位を塗りつぶしてください。  
(症状がいくつかある時は、困っている順に番号をつけてください)



	いつ頃	医療機関名	検査	診断名	治療内容	リハビリ
今回の症状で何か治療は 行ないましたか?						無/有
他に治療中の 病気はありますか?						無/有
希望の治療目標は? (痛みの改善、復職など)						