

# 問診票

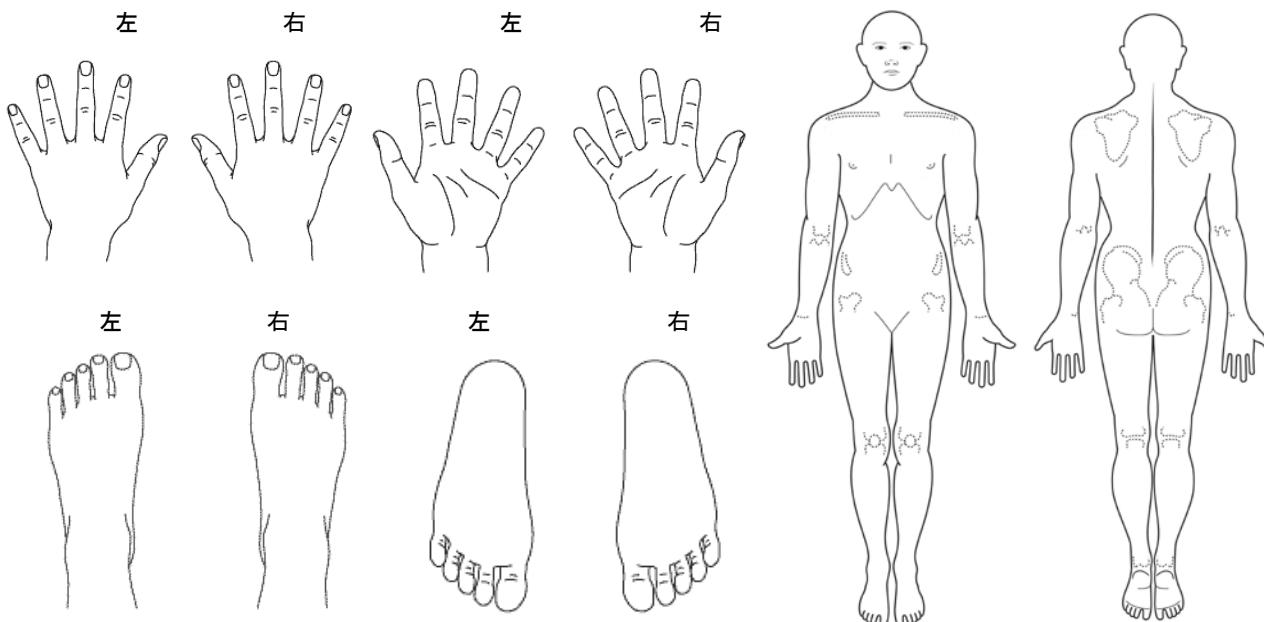
来院日 年 月 日

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			
				M/T/S/H 年 月 日 ( 年歳 )		他医の画像持参 無／有( )	
住所	〒						
連絡先	自宅電話	携帯電話	メール @				
来院の きっかけ	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 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：			身長 体重	( )cm,( )kg		
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／重たるさ／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 出来なくなつた事は？			
最近の症状はどうですか？	改善／変わらない／悪化			はじめはどこに 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)						