問診表　記入日　令和　　年　　月　　日

フリガナ		生年月日	T・S・H 年　月　日	年齢	才	性別	男・女
氏名		身長	cm	体重	kg		
住所			Tel				
勤務先			Tel				
勤務先住所							

上記の太枠は必須項目になりますので、ご記入お願い致します。

◎いつ頃から症状が出てきましたか？　日付またはいつ頃かを記載してください。

日付(　　)・　日位前　・　週間前　・　か月前　・　年前

◎どのような症状ですか？

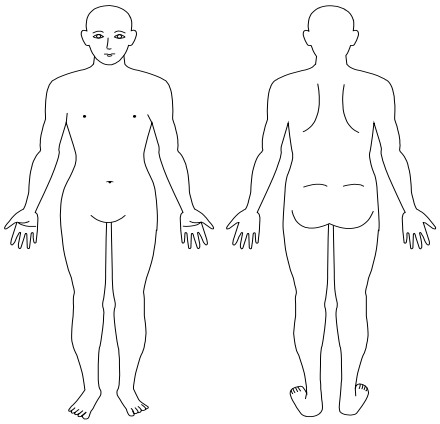
痛い・しびれる・腫れている・変形している・動きが悪い・力が入らない

その他(　　)

◎どちらに症状がありますか？　場所を記載して頂くか、または絵に○を付けて下さい。

例：首のあたり、右人差し指、左のお尻から太ももにかけてなど

(　　)



◎思い当たる原因はありますか？

いいえ　・　はい(　　)

◎今回の症状で、他の医療機関で治療を受けましたか？

いいえ　・　はい(　　)

◎どのような治療を受けましたか？

お薬　・　注射　・　リハビリ　・　その他(　　)

◎薬や注射でアレルギー症状(発疹や気分不快など)を起こしたことはありますか？

いいえ　・　はい(　　)

◎今までに大きなケガ・病気・手術をしたことはありますか？

いいえ　・　はい(　　)

◎治療中の病気はありますか？または、病気を指摘されたことはありますか？

いいえ・はい(　　)

◎女性の方に伺います。現在、妊娠されている可能性はありますか？　ない・ある

◎薬手帳をお持ちの方はコピーさせていただきますので、ご用意ください。