

No _____

問診票 氏名 _____

令和 年 月 日

1. 症状についてお聞きします。

① どのような症状ですか？（痛いところを右図に○をしてください）

1 いたみ 2 しびれ 3 はれ 4 動きが悪い 4 その他

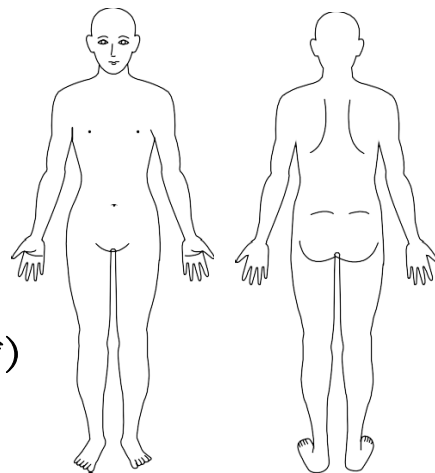
② いつからありますか？

・今日 ・昨日 ・数日前（ 日前）

・1週間前 ・2週間前

・1ヶ月前 ・3ヶ月前 ・半年前 ・1年以上前（ 年前）

③ きっかけはありますか



2. 現在治療中,または今までにかかったことのある病気はありますか？

なし あり（ _____ ）

3. 内服中のお薬はありますか？（お薬手帳をお持ちの方は一緒に提出してください）

なし あり（ _____ ）

4. 体の中になにか金属は入っていますか（ペースメーカー、人工関節など）？

なし あり（ _____ ）

5. なにかアレルギーはありますか？

なし あり（食べ物、くすり、ゴム、アルコール、その他 _____ ）

6. （女性の方へ）妊娠および授乳中ですか？

いいえ はい

7. 希望されることがありますか（おくすり、リハビリ、レントゲン・骨密度測定、診断書など）