



初 診 問 診 票

ID _____

年 月 日

(ふりがな)

名前 _____ 性別 男・女 生年月日SH _____ 年 月 日

MT

職業

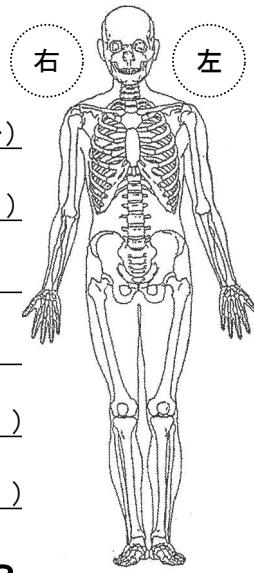
〒 _____ 住所 _____ 電話 _____

● どちらで当院をお知りになりましたか？

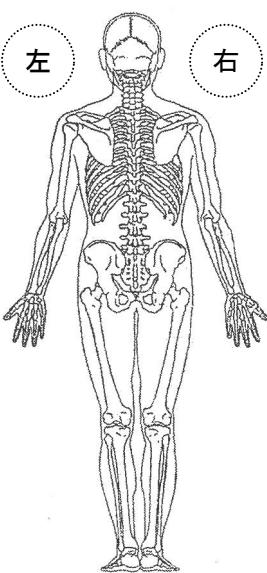
家族（ 様） 友人・知人（ 様） インターネット 当院の前を通って
地下鉄・バス停の看板 他院紹介（ ） その他（ ）

1. 症状（分かれる範囲でお答え下さい）

どこが _____ (右図に×印を)



どのように 痛い・しびれ・腫れ・その他（ ）



いつから _____

きっかけは？ _____

すすみかたは？ 急に・徐々に・その他（ ）

はじめに比べて？ 良い・悪い・その他（ ）

2. 今回の事で、どこかで治療を受けていますか？

はい（ ） 病院 いいえ

3. 過去に病気もしくは手術をした事がありますか？

心臓病 糖尿病 高血圧 肝炎 腎臓病 リウマチ
ペースメーカー 人工関節 金属固定 骨そしょう 婦人科（ ）
頸・腰ヘルニア 分離症・すべり症 脊柱管狭さく症 その他（ ）

4. 現在何か薬を飲んでいますか？

はい（ ） いいえ

5. 食べ物・飲み薬・注射でじんましんやアレルギーが出た事はありますか？

はい（ ） いいえ

6. 『女性の方のみ』 現在、妊娠の可能性はありますか？

はい（ ） いいえ

※ 当院では今後の医学の発展の為、個人情報の保護を配慮した上でカルテ・画像などを学会、講義などで使用させて頂く事があります。同意できない方は、お手数ですが、お申し出下さい。