

問診表

記載日

年

月

日

フリガナ		生年月日	西暦	年	月	日	年齢	歳
氏名		電話番号					性別	
住所	〒							

①一番お辛いことは何ですか。

- 痛み しびれ 腫れ 動きづらさ その他

②部位はどこですか。図に○をつけてください。

③症状はいつからですか。

- 今日 昨日 ____日前 ____週間前
____か月前 ____年前 その他

④原因に心当たりはありますか。

- 特になし 転倒 ぶつけた その他
スポーツ(種目: _____)
交通事故(いつ: _____)
通勤・工作中(労災扱い する ・ しない)

⑤希望される検査・治療はありますか。

- 画像検査 リハビリテーション 骨密度
自費診療 【 PRP療法(再生医療) ・ プラセンタ注射 ・ にんにく注射 】

⑥今回の症状で他院を受診しましたか。

- はい いいえ

⑦お薬や食べ物でアレルギー症状がでたことはありますか。

- いいえ
はい (原因: _____)

⑧今までに大きな病気にかかったことはありますか。

- いいえ
はい (糖尿病 心臓病 脳血管疾患 腎臓病 喘息 その他)

⑨今までに手術を受けたこと、体内金属はありますか。

- いいえ
はい (_____ 体内金属 あり なし)

⑩女性の方にお聞きます。

- ・妊娠中、または妊娠の可能性はありますか。 はい いいえ
 ・授乳中ですか。 はい いいえ

アンケートにご協力をお願いします。

当院をお知りになったきっかけをおしえてください。

- 近所 職場・学校が近い 家族が通っていた
知人からきいた 看板を見た インターネットで調べた。
インターネット広告を見て 他院からの紹介 その他

以上になります。ご協力ありがとうございます。



