



身長	cm	体重	kg
氏名	生年月日	年 月 日	日中の連絡
必要時診療所から連絡可能な電話番号をご記入ください。			
薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある	薬剤名()	
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある	種類()	

該当する項目に☑印を付けてください。

右の図の当てはまる部位を○で囲んでください。

脚の症状の方はすぐに診察ができるようにタイツ、ストッキングなどは脱いでお待ちください。

- 頚椎(首) 背部 腰痛 肩 (右・ 左) 膝(右・ 左)
 足首(右・ 左) その他()

どのような症状ですか？

- 痛い しびれ ひねった 腫れている しこり けが
 局所的に熱感がある その他()

どんな時に症状がありますか？

- 座る 立つ 階段の昇降 歩く 走る 前かがみ動作 くしゃみ
 寝返り 細かい動作 衣類の着脱

それはいつからですか？

_____年 _____月 _____日頃から

症状が出たきっかけ・原因は？

- 交通事故 仕事中心または通勤中 スポーツ 転倒 原因不明
 その他/ Others()

今回の症状で他の医療機関を受診したことがありますか？

- 医療機関名() 診断名()
治療内容: 投薬 注射 レントゲン MRI その他()

下記の病気を指摘された事がありますか？

- なし
 高血圧 糖尿病 心臓の病気 喘息 脳梗塞 脳出血 胃潰瘍 十二指腸潰瘍
 肝臓の病気 腎臓の病気 その他()

今までに大きな病気、入院、手術の経験はありますか？

- なし はい:(病名) ()

現在飲んでいる薬はありますか？

- いいえ はい:(薬剤名) ()

趣味・健康目的で定期的に運動(スポーツ)をされていますか？

- 種類() 毎日 _____回 / 週・ 月

妊娠している可能性がありますか？

- いいえ はい (妊娠週数 _____ 週) 授乳中

←----- (切り取り線 ≡) ----->

余白

※大変お手数ですが、点線に沿って
余白部分を切り取りのうえ、
『問診票』をお持ちください。

(切り取り)

余白