

# 問 診 票

受診日 西暦 20 年 月 日

紹介者

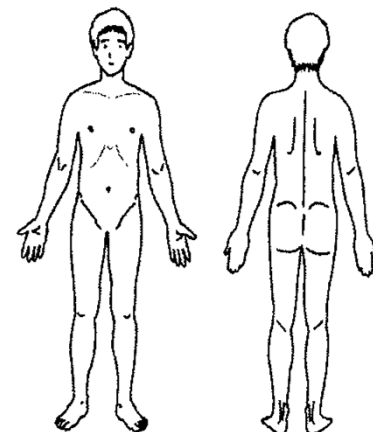
名前	性別	身長	体重	生年月日	年齢
ふりがな	男 女	cm	kg	大・昭・平 年 月 日	
住所				電話番号	職業
〒 —				自宅 携帯	

1. どのような症状で来られましたか？

痛み ・ しびれる ・ 動かしにくい  
その他 ( )

2. 症状のある部位はどこですか？ 右の図に○をつけて  
ください。さらに具体的な部位があれば、お書きください。

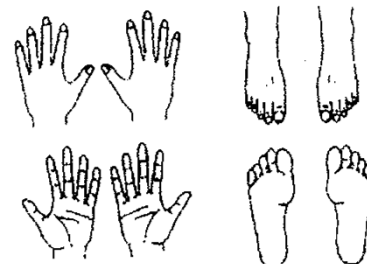
( )



3. いつ頃から症状は出てきましたか？

4. 症状が出たきっかけ・原因は何ですか？

交通事故・仕事中・スポーツ ( ) ・ 転倒  
その他 ( ) ・ 特になし



5. 症状が軽快する要因はありますか？ (例 休息・運動など)

ない ・ ある ( )

6. 症状が悪化する要因はありますか？ (例 特定の動作・姿勢・歩行など)

ない ・ ある ( )

7. 症状が悪化、あるいは軽快する時間帯はありますか？ (例 早朝・夜間・空腹時・食後など)

ない ・ ある ( )

8. 他に気になる症状はありますか？ (例 感覚障害・疲れやすい・微熱など)

ない ・ ある ( )

9. 今回の症状で他の医療機関を受診されていればお答えください。 いつ頃 ( )

( ) 病院 / 医院 その他の治療院 ( )

おこなった検査： レントゲン・CT・MRI・その他 ( )

診断結果： ( )

治療内容： ( )

10. 現在治療中、または過去にかかったことのある病気があればお書きください。

特になし・高血圧・糖尿病・心臓病（狭心症・不整脈ほか）・脳梗塞・肝臓病  
腎臓病・リウマチ・緑内障・ぜんそく・アトピー・その他（ ）

11. アレルギーはありますか？

ない・ある（何に対して： ）

12. 普段飲んでいる薬があればお書きください。

ない・ある（何の薬： ）

13. 過去に大きな事故や怪我、落下または外科手術をしたことがあればお書きください。

14. 歯の矯正をしたことはありますか？

ない・ある（ 歳から 歳まで ）

15. 出生時のエピソードがあればお書きください。（例 難産だった・鉗子分娩・吸引分娩など）

16. 排尿、排便に問題はありますか？（例 便秘、下痢、トイレへ行く回数が多いなど）

ない・ある（ ）

17. ここ数カ月で体重の大きな変化はありますか？

特になし・増えた（ kg くらい）・減った（ kg くらい）

18. 家族で大きな病気になられた方はいますか？

いいえ・はい（ ）

19. 女性の方へ： 現在妊娠している可能性はありますか？

いいえ・はい（ か月 ）

20. タバコは吸われますか？

いいえ・はい（ 1日 本くらい）

21. お酒は飲みますか？

いいえ・はい（ 週 / 月 回くらい）  
（ 量 例 ビール500ml 1本など）

22. 普段、何か運動はされていますか？

23. 今回の来院理由以外で何か気になることがあれば、なんでもお書きください。