

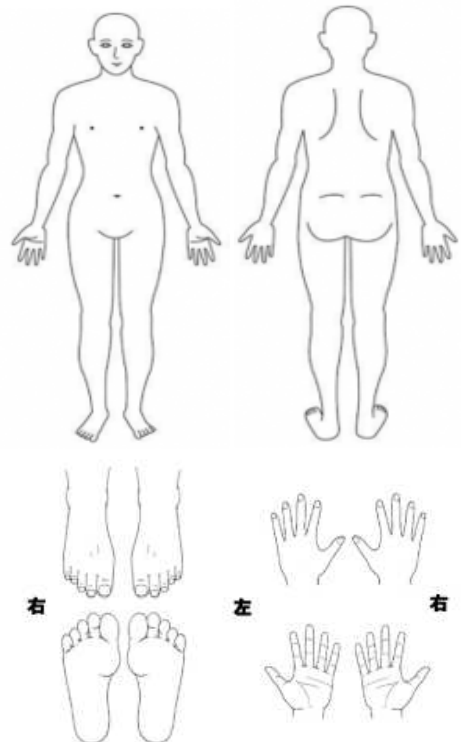
# 【問診票（初診用）】

ID \_\_\_\_\_

日付 \_\_\_\_\_

ふりがな		男	年齢	生年月日
氏名		女	歳	大・昭・平・令 年 月 日
住所	〒 _____		電話	
			携帯	
			緊急連絡先	続柄 ( )
職種	事務・営業・販売・農林漁業・製造・輸送・建設・介護・専門職・その他 ( )			
運動習慣	ほとんどしない・多少する・そこそこする・よくする ( )			

※ご希望部位が複数ある場合、部位ごとにご記入ください。基本的に1回の診察で1部位のみ診察いたします。お困りの順番にご記入ください(①、②・・・)。右図にはすべての希望部位に○して下さい。

① 部位と症状	(腰痛、右肩が上がらない、左足親指のしびれ等)		<p style="text-align: center;"><b>症状のある部位に○</b></p> <p style="text-align: center;">(お困り順に①、②・・・と付記して下さい)</p> 
いつ頃からですか	(昨日から等)	どんな時に症状が出たり、強くなりますか (起き上がりの時、歩行時 等)	
原因は?	(転倒した等)		
経過 詳細に	(他院で○検査し△と診断され、□治療するも改善せず等)		

② 部位と症状	(右おしり～足指までの痛みしびれ等)		<p>手術を受けたことは?</p> <p>ない・ある ( )</p> <p>体内に金属が入っている?</p> <p>いいえ・はい ( )</p> <p>抗凝固剤(血液サラサラの薬)を内服している?</p> <p>いいえ・はい ( )</p>
いつ頃からですか	(5/10から等)	どんな時に症状が出たり、強くなりますか (常時、10分歩くと歩けなくなる等)	
原因は?	(重量物を持った等)		
経過 詳細に	(鎮痛剤で様子を見ていたが、さらに悪くなってきた等)		

現在治療中、または今までにかかった病気を○で囲んでください。

特にない 高血圧 糖尿病 高脂血症 ぜんそく 胃かいよう リウマチ 脳こうそく 痛風  
心臓疾患 肺疾患 肝疾患 腎疾患 甲状腺疾患 その他 ( )

今までに飲み薬や注射などで副作用が出たことはありますか?  
ない・ある(薬剤名 )・症状 ( )

女性の方のみ 妊娠の可能性はありますか? いいえ はい ・妊娠中  
授乳中ですか? いいえ はい