

問 診 票

ID :

フリガナ		電話番号	— —
お名前	(男 ・ 女)		

● 今日はどうされましたか？該当する項目に☑チェックをお願いいたします。

☐ 痛み (頭 ・ 首 ・ 腰)

☐ 頭・首を打った → どこで打ちましたか？()

☐ しびれ (手 ・ 足)(右 ・ 左)

☐ 手足が動きにくい

☐ 喋りにくい

☐ めまい・ふらつき

☐ 吐き気

☐ 物忘れ

● 上記で☑チェックされた項目について、どんな症状か、いつからか、出来るだけ詳しく教えてください。

● 前回受診時～現在までに手術をされたことはありますか？

☐ いいえ

☐ はい いつ頃 () 部位 ()

● 飲んでいるお薬はありますか？

☐ いいえ

☐ はい → 本日、お薬手帳はお持ちですか？ (はい ・ いいえ)

● 女性の方へ。現在、妊娠中または授乳中ですか？

☐ いいえ

☐ 妊娠中 () カ月

☐ 妊娠の可能性あり

☐ 授乳中

気になること、ご質問などございましたらご自由にご記入ください。