

問診票

来院日 令和 年 月 日

ふりがな		男	生年月日		
氏名		女	明 大 昭 平	年	月 日
ふりがな				自宅	()
住所	〒			携帯	()
当院を何で知りましたか？					

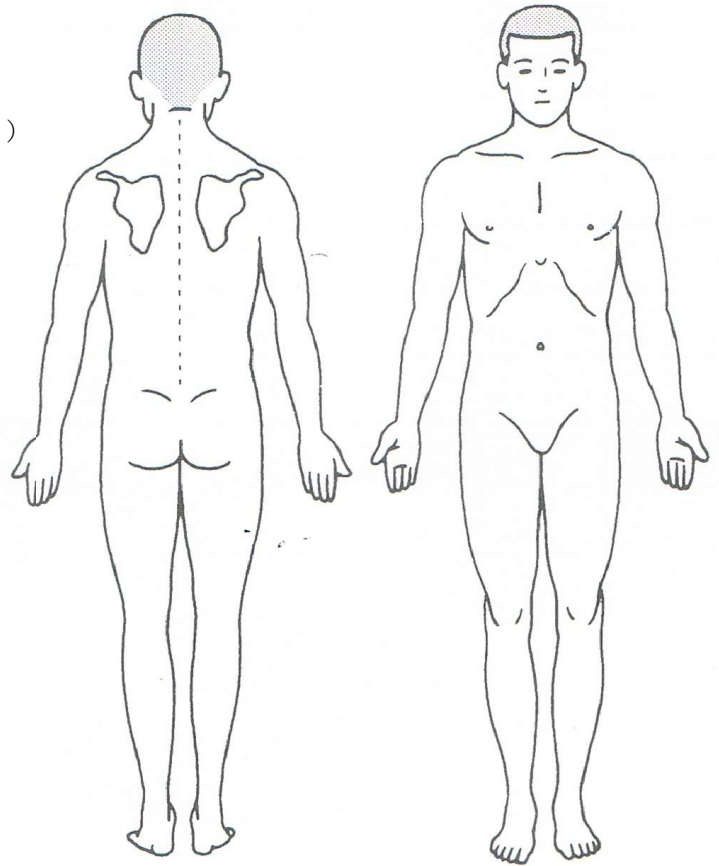
①どんな症状ですか？ (下記に○をしてください。複数可、図にも○をしてください。)

- 痛い 痺れる 動きが悪い 倦怠感 違和感 寒気
 自律神経症状 不安感 イライラ感 恐怖感 無気力感
 日常生活困難 頭痛 めまい 吐き気
 その他 ()

②症状はいつからですか？

()

③原因は何ですか？



④病院で検査はしましたか？

⑤現在治療中、または過去にかかった病気はありますか？

- ない・ある (感染症 がん 心臓病 糖尿病 脳疾患 高血圧 甲状腺 貧血 自己免疫性疾患 膠原病 関節炎)
 その他 ()

⑥過去に手術歴・外傷歴はありますか？

ない・ある (部位)

⑦かかりつけの医師はいますか？

いない・いる（病院名、医師名）

⑧現在飲んでいるお薬はありますか？

ない・ある（）

⑨今回の件で病院には行きましたか？

いいえ・はい（病院名）

（診断内容）

⑩鍼灸マッサージなどの経験はありますか？

いいえ・はい（）

⑪生活について教えてください

お酒は飲みますか？ 飲まない 飲む（一日どれくらいですか？）

タバコは吸いますか？ 吸わない やめた 吸う（一日どれくらいですか？）

食事は一日何食食べますか？（）

睡眠時間は？（）

趣味はありますか？（）

スポーツや運動はしていますか？（）

⑫お仕事はしていますか？ している 専業主婦 学生 その他

職業は何ですか？（）

仕事内容は？（）

⑬ご結婚されていますか？ いいえ はい（お子様はいますか？ 人）

⑭ご家族で下記の病気にかかっている、または治療中の病気はありますか？

ない・ある（脳疾患 遺伝性疾患 血液疾患 糖尿病 自己免疫性疾患 膠原病）

※上記で知り得た個人情報、治療目的以外には使用いたしません。