

問診票

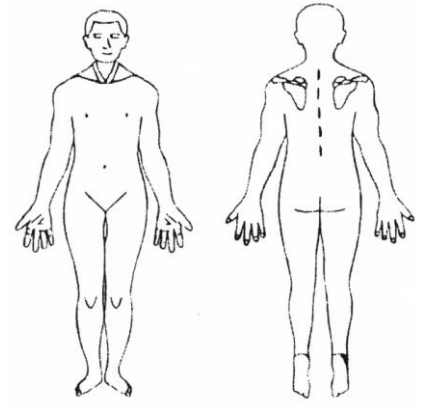
令和 年 月 日

フリガナ	男 ・ 女	携帯電話	
氏名		自宅電話	
		生年月日	T・S・H・R 年 月 日
住所 〒 —			
職業	当院を何で知りましたか？ 紹介（ 様）・看板・ホームページ		

現在の症状についてお尋ねします。

・どのような症状でお困りですか？(痛み、しびれ、コリなど)

()



・その症状はどの部位ですか？ 図にも○印を記入して下さい

()

・その症状はいつからですか？

()

・その症状が出たきっかけ又は何をしたらそうになりましたか？

()

・その症状がどうするとキツくなりますか？

()

・どうなると楽になりますか？

()

・症状が出る時間帯はいつ頃ですか？

()

・現在の症状で今までどこか治療をうけられたことはありますか？ また、どのような治療でしたか？

()

