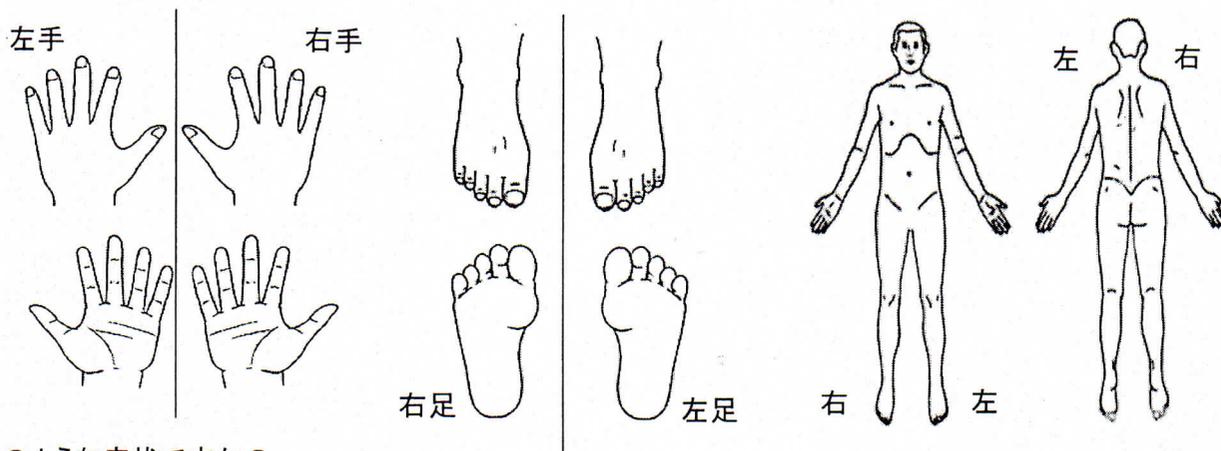


問診票

フリガナ		性別
氏名		男・女
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日（ 歳）	
住所	〒 電話（ ） 携帯（ ）	
職業又は勤務先	電話（ ）	
スポーツ種目	していない・している（ ）※スポーツ名をご記入下さい	
※学生の方	小学校・中学校・高校・その他（ ） 年	

※診察の参考に使用させていただきますので、ご記入お願いいたします。

1. どちらの具合が悪いですか？症状のある部位を○で囲んでください。



2. どのような症状ですか？

痛み・しびれ・変形・動きが悪い・はれ・その他（ ）

3. いつ頃から症状がありますか？

（ ）日前から （ ）週間前から
（ ）ヶ月前から （ ）年前から 年 月 日から

4. 具合が悪くなった原因はありますか？

特にない・工作中・通勤、通学または帰宅途中・交通事故
スポーツ中（ ）・その他（ ）

5. 他の病院などを受診しましたか？また、何と言われましたか？

いいえ・はい（ ）

6. 飲み薬または注射などで副作用と思われることがありましたか？

いいえ・はい（薬剤名： 副作用： ）

7. 他に大きな病気、手術をしたことがありますか？現在治療中の病気はありますか？

いいえ・はい（病名： 手術： ）

8. 現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性がありますか？（女性の方へ）

いいえ・妊娠中・可能性がある

9. 現在授乳中ですか？

いいえ・はい

10. 当院をどのようにお知りになりましたか？

他院からの紹介・知人からの紹介（紹介者： ）・近所に居住または勤務
ホームページ・インターネット・電話帳・家族が受診したことがある・広告、看板
ヴェイテンの会員・その他（ ）

尚、問診票に記載して頂いた個人情報は診察目的にのみ使用し、他の目的には一切使用致しません。ご協力ありがとうございました。