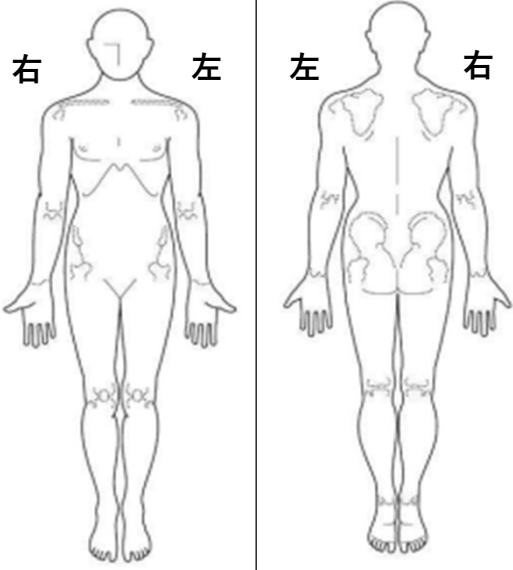


# 問診表

令和 年 月 日

ふりがな 氏名	男・女	誕生日: 大・昭・平・令	年	月	日生
〒 -		電話番号 - -			
お仕事や部活動:					
紹介者:					
①症状があるところまたは痛いところはどこですか? 症状と図に○をつけ、内容を記入してください。 【症状】 ・痛い ・痺れ ・腫れ ・熱感 ・変色 ↓その他の症状は説明できる範囲で記入してください。					
内容:					
②いつから症状がありますか? ○または記入してください。 ・今日・昨日・2~7日前・1週間以上前・その他( )					
③どこで痛めましたか? ○または記入してください。 ・自宅・職場・外出先・その他( )					
④どのようにして痛めましたか? ・転んだ・ぶつけた・ひねった・寝違えた・その他( )					
⑤他の医療機関(整形や整骨院/接骨院など)で診てもらいましたか? 『はい・いいえ』 ※『はい』と答えた方は医療機関名を教えてください。医療機関名:( )					
⑥これまでの既往歴についてお聞きします。下記の疾患に当てはまる方は○をつけてください。 ・心臓病(狭心症等)・脳卒中(脳梗塞等)・腎臓病(糖尿病等)・ガン(悪性腫瘍等)・その他( ) ・骨粗鬆症・リウマチ・人工関節( )・ペースメーカー・妊娠中・その他( )					
⑦飲んでいるお薬についてお聞きします。わかる範囲でお答えください(○をつけてください)。 ・降圧剤(血圧を下げる薬)・抗血栓薬(血液サラサラ)・インスリン(糖尿病)・その他( )					
⑧かかりつけの病院はありますか? 医療機関名:( )					
⑨当院に伝えておきたいことはありますか?					
<b>確認と署名</b> ・捻挫、打撲、挫傷が健康保険の適用となりますが、骨折または脱臼の施術には医師の同意が必要です。 ・肩こりや慢性腰痛、慰安目的の施術は健康保険の適用なりません。  上記内容について承諾しました。					
署名:					