

# 診療申込書

ふりがな		生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日生 才)
氏名		男 女			(	
住所	〒	職業		電話	( ) -	

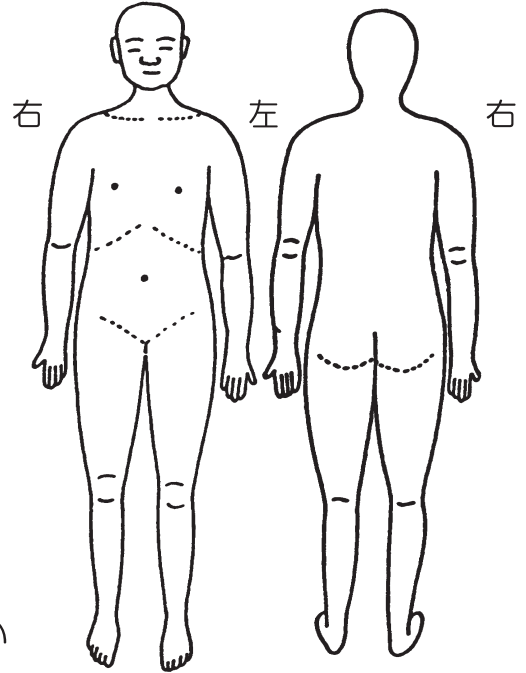
## 問診票

※学生の方 学年( )、部活( )  
 ※介護保険をお持ちの方 要介護( )、要支援( )、なし

1) 右の図で悪いところに○印をつけて下さい。

2) いつから悪いのですか。

月 日 午前 午後 時頃



3) どういう症状がありますか。

- 痛い  しびれる
- 動かしにくい  何かできている
- つっぱる  はれている
- その他
- ( )

4) 原因はありますか。

- ある  ない  わからない
- ある場合は具体的に書いて下さい。

[ ]

5) 今まで大きな病気 手術などしたことがありますか。

- ある  ない
- ある場合はわかる範囲で書いて下さい。
- ( )

6) 今のまれている薬はありますか。

- ある → 今 お薬手帳をお持ちですか。  はい  いいえ
- ない
- お薬手帳がない場合はわかる範囲で書いて下さい。( )

7) 薬をのんで じんましんがでるなどの アレルギーがありますか。

- ある ある場合はどんな薬ですか。( )
- ない

8) シップかぶれをしますか。( ) する ( ) しない ( ) 貼った事がない

9) 女性の方で現在妊娠されていますか。( ) はい ( ) いいえ ( ) わからない  
 授乳中ですか。( ) はい ( ) いいえ