

問 診 票

ふりがな		性別	生年月日		年齢
氏名	様	男・女	大正 昭和 平成		歳
住所	〒		TEL		

■どのような症状で来院されましたか？

痛みはありますか？	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (いつから：) (どこが：)
どのような痛みですか？	
症状が出たのは？	業務中・通勤中・その他 ()
その他気になる症状などあればご記入ください。	
症状についての経過をご記入ください。	

■治療中の病気・ケガがありますか？ 無・有

病名・ケガの部位	(いつから：)
服用中のお薬	(いつから：)
服用中のお薬	(いつから：)
服用中のお薬	(いつから：)

■過去に病気・ケガ・入院・手術などありますか？ 無・有

病名・ケガの部位	(いつ頃：)
病名・ケガの部位	(いつ頃：)

■食べ物や薬でアレルギーが出たことがありますか？ 無・有

食品名・薬品名	(いつ頃：)
---------	---------

■現在妊娠はしていますか？ していない・している(妊娠 月)・どちらとも言えない

■当クリニックをどのようにしてお知りになりましたか？

- ご紹介(ご紹介者：) 様 ホームページ 看板 家又は職場が近い
その他()



御影ごきげんクリニック

整形外科 リハビリテーション科