

問診票

年 月 日

お名前 _____
症状は何ですか？ 右・左

いつからですか？ 受傷日（ケガの方）
年 月 日

原因と思われる事はありますか？

今までに大きな病気をしましたか？
いいえ はい（病名 _____）（いつ頃 _____）

現在かかっている病気はありますか？
いいえ はい（病院 _____）

現在飲んでいる薬はありますか？
いいえ はい（具体的に _____）

今までに薬を飲んで副作用をおこした事はありますか？
いいえ はい（薬の名前 _____）

女性の方へ 現在妊娠の可能性はありますか？
いいえ はい（妊娠 _____ ヶ月）

現在授乳中ですか？
いいえ はい