

# 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 ケ月)

現在授乳中ですか？

いいえ はい