

問 診 票

(ふりがな)

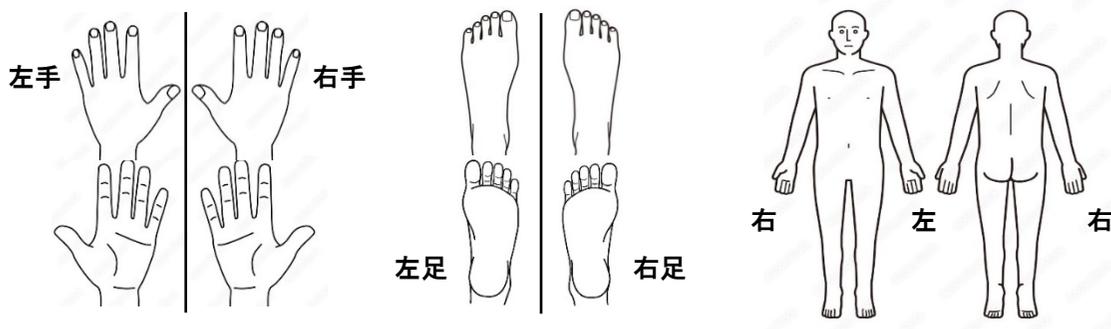
名 前 _____

※以前と変更があれば、記入してください。

住 所 _____

携帯電話 _____

*症状のある部位はどこですか？ 絵に○をつけてください。(最大2カ所まで)



*いつからですか？

_____ 年 _____ 月 _____ 日頃から

*発症原因に心当たりはありますか？

- 特になし スポーツ 転倒 ぶつけた ひねった
 交通事故 仕事や通勤中の怪我(労災)

*どのような症状ですか？

- 痛い しびれる 腫れている その他(_____)

*紹介状、CD-ROM(画像データ)はお持ちですか？

紹介状→ はい いいえ CD-ROM(画像データ)→ はい いいえ

*現在、デイサービスは通われていますか？ はい いいえ

*ペースメーカーは入っていますか？ はい いいえ

*女性の方のみお答えください。

- ・妊娠中ですか？ いいえ はい(妊娠 _____ 週目) 可能性がある
・授乳中ですか？ いいえ はい

※紹介状、CD-ROM、お薬手帳をお持ちの方は、受付手続きの際にご提出ください。