

再初診の問診票

ID: _____ お名前: _____

令和 年 月 日

症状のある部位に、○を付けて下さい

1. あてはまる症状に○をつけて下さい

痛み しびれ 腫れ 切った
ぶつけた その他 ()

2. (痛み、しびれ、等の場合) どんな時に感じますか?

()

3. いつからですか?

___ヶ月前から ___週間前から ___日前から
昨日から 本日から _____年___月頃から

4. 思い当たる原因はありますか?

() ・ 交通事故 ・ 仕事中

5. この症状に対して検査・治療を受けたことがありますか?

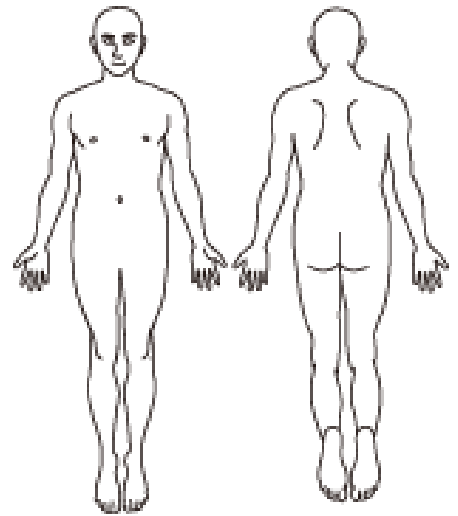
ない ある 病院名: _____ 治療内容: _____

6. (女性の方へ) 現在妊娠中ですか? いいえ はい (妊娠 ___週) わからない

7. (女性の方へ) 現在授乳中ですか? いいえ はい

8. 本日ご希望の内容があれば○を付けて下さい。

レントゲン ・ 薬 ・ 湿布 ・ 骨そしょう症検査 ・ リハビリ ・ その他 ()



再初診の問診票

ID: _____ お名前: _____

令和 年 月 日

症状のある部位に、○を付けて下さい

1. あてはまる症状に○をつけて下さい

痛み しびれ 腫れ 切った
ぶつけた その他 ()

2. (痛み、しびれ、等の場合) どんな時に感じますか?

()

3. いつからですか?

___ヶ月前から ___週間前から ___日前から
昨日から 本日から _____年___月頃から

4. 思い当たる原因はありますか?

() ・ 交通事故 ・ 仕事中

5. この症状に対して検査・治療を受けたことがありますか?

ない ある 病院名: _____ 治療内容: _____

6. (女性の方へ) 現在妊娠中ですか? いいえ はい (妊娠 ___週) わからない

7. (女性の方へ) 現在授乳中ですか? いいえ はい

8. 本日ご希望の内容があれば○を付けて下さい。

レントゲン ・ 薬 ・ 湿布 ・ 骨そしょう症検査 ・ リハビリ ・ その他 ()

