

問 診 票

ふりがな

氏名 _____

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日

住所 _____

電話番号 _____

領収書は必要ですか？

・領収書(要らない・毎回・1カ月・1年分)

・医療明細

いずれかに○をつけて下さい

①現在の症状をお書き下さい。

具合の悪い部位はどこですか ()

どのような症状がありますか ()

原因は ()

いつから ()

②現在飲まれている薬はありますか？ はい いいえ

③食べ物によるアレルギーはありますか？ はい いいえ

④薬によるアレルギーや副作用はありますか？ はい いいえ

⑤糖尿病にかかっていますか？ はい いいえ

⑥気管支喘息はありますか？ はい いいえ

⑦ペースメーカーは体にはいついていますか？ はい いいえ

⑧女性の方にお尋ねします。

妊娠していますか？ はい いいえ

⑨リハビリに興味はありますか？ はい いいえ

⑩骨そしょう症は心配ですか？ はい いいえ

⑪漢方薬に興味はありますか？ はい いいえ

⑫酸素カプセルに興味はありますか？ はい いいえ

⑬あてはまることがあれば、○をつけて下さい

冷え性 めまい 頭痛 こむらがえり
肥満 腰痛 膝痛 不眠 更年期障害
便秘 花粉症 ウエストまわりが気になる