**問診票**

年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　《》

①現在ある症状に当てはまる項目があれば下記にチェックを、なければ“その他の症状”に

具体的にお書き下さい

部位　　　　　　　　　　　　　　　いつから

□痛み　　　【　　　　　　　　　　　　　　　　】　　【　　　　　　　　　　　　　】

□腫れ　　　【　　　　　　　　　　　　　　　　】　　【　　　　　　　　　　　　　】

□こわばり　【　　　　　　　　　　　　　　　　】　　【　　　　　　　　　　　　　】

□その他の症状(例：３日前から３８℃の熱があり、喉が痛む)

⇒上記の症状で別な医療機関または接骨院・整骨院などを受診したことはありますか？

　・ある　・ない

②今現在、他に治療をしている病気はありますか？

　**・**ある⇒

　**・**ない

③現在飲んでいる薬はありますか？(※お薬手帳を提示している場合は記入不要)

　**・**ある⇒

　**・**ない

④今までにかかった事のある病気（既往歴）はありますか？

　**・**ある⇒

　**・**ない

⑤今までにお薬や注射で具合が悪くなった事がありますか？

　**・**ある⇒その時の薬（注射）の名前およびその時の症状を教えて下さい

　**・**ない

⑥アレルギーはありますか？

　**・**ある⇒アレルギーの内容やその時の症状を教えて下さい（例：花粉症・ハウスダスト・卵など）

　**・**ない

⑦現在、煙草は吸っていますか？　　・はい(　　本/1日、　　年間)・いいえ

または過去に吸っていましたか？　・はい(　　本/1日、　　年間)・いいえ

⑧当クリニックをどちらでお知りになりましたか？

　１．他医療機関からの紹介　２．接骨院・整骨院からの紹介　３．新聞・雑誌　４．講演会

　５．家族や知人から聞いた　　　６．ホームページ・ＳＮＳ　　　７．その他（　　　　　　　）