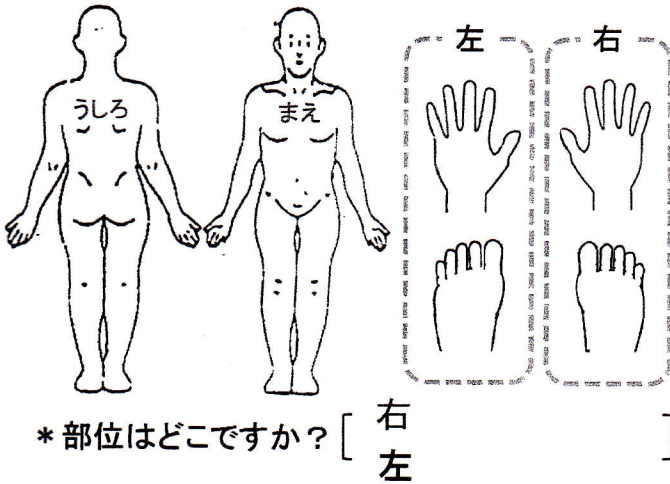


診察申込書・問診票

ふりがな		性別	職業
氏名	様	男 女	
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月 日 (年齢 歳)
現住所	電話番号 ()		

1. 診察して欲しい部位に○印をお付けください



* 症状はいかがですか?

痛み・はれ・しびれ
その他 []

* いつ頃からですか?

[]

* 原因があればお書きください

[]

2. 現在、この病気やケガで治療を受けていますか?

はい・いいえ

[病院名:

治療内容:

]]

3. 現在、他に治療中の病気はありますか?

はい・いいえ

[病院名:

治療内容:

]]

4. 今までに大きな病気や手術をした事がありますか?

はい・いいえ

[]

]]

5. 薬や注射などで副作用がありましたか?

はい・いいえ

[薬など:

症状:

]]

6. 皮膚が特にかぶれやすいですか?

はい・いいえ

7. 胃が特に弱いですか?

はい・いいえ

8. 行っているスポーツ・趣味 []

]]

9. 現在、妊娠中ですか?

はい・いいえ

