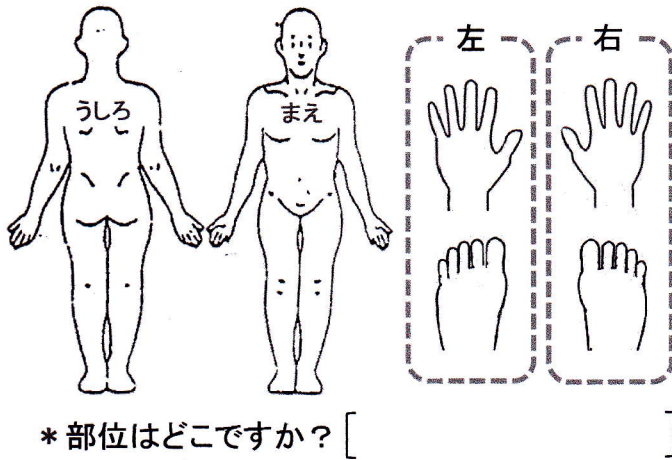


診察申込書・問診票

ふりがな		性別	職業
氏名	様	男 女	
生年月日	明治・大正・昭和・平成	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

