**問　診　票**　　　　　 年　　 月　　 日

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナお名前　　　　　　　　　　　　　　　　（男・女） | 〔生年月日〕大・昭・平・令　　　　年　　　月　　　日生 |
| （〒　　　　－　　　　　　　）　　　　　　　　　　☏　　　　　　（　　　　　　）　　　　　　現住所 |
| 下記の項目への記入もお願い致します |
| **【１】どの部位にケガ（痛み、違和感など）を****なさいましたか？**＊右の図および、下記に〇をお付けください。 |  |
| （１）くび（右・左）　 （４）背中　　　 （７）前腕（右・左） （10）大腿（右・左） （13）足首（右・左）  | （２）肩（右・左）（５）上腕（右・左）（８）手首（右・左）（11）ひざ（右・左）（14）足の指（右・左） | （３）腰（６）ひじ（右・左）（９）手の指（右・左）（12）下腿（右・左） |
| （15）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **【２】それは、最近いつ頃からですか？**　　　　年　　　月　　　日頃より |
| **【３】その原因は？（簡単に記入してください）**〔原因不明の時は、不明と記入してください〕 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| **【４】下記に当てはまることがあれば** 〇 **を、なければ** ✕ **をおつけ下さい。**　（　　）今回のケガで他の医療機関（病院など）を利用した。　（　　）現在または、過去に「糖尿病」を患ったことがある。　（　　）現在または、過去に「リウマチ」を患ったことがある。　（　　）現在、妊娠中または、その可能性がある。　（　　）ペースメーカーまたは、体内に金属の固定具が入っている。　（　　）アレルギー体質である。　（　　）シップ薬やバンソウコウにかぶれやすい。　（　　）現在、風邪など患い体調がすぐれない。 |
| **【５】現在、もしくは過去に病気の治療歴はありますか。**　現在治療中：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　過去に治療歴：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

　　ご協力ありがとうございました。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　アンディ接骨院