**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