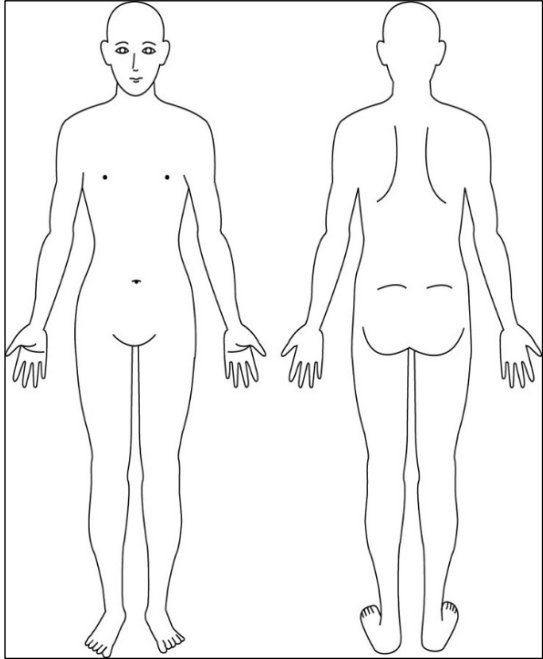


問 診 票

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	
<p>【1】どの部位にケガ(痛み、違和感など)をなさいましたか？</p> <p>*右の図および、下記に○をお付けください。</p> <p>(1) くび(右・左) (2) 肩(右・左) (3) 腰 (4) 背中 (5) 上腕(右・左) (6) ひじ(右・左) (7) 前腕(右・左) (8) 手首(右・左) (9) 手の指(右・左) (10) 大腿(右・左) (11) ひざ(右・左) (12) 下腿(右・左) (13) 足首(右・左) (14) 足の指(右・左) (15) その他 ()</p> <p>【2】それは、最近いつ頃からですか？ 年 月 日頃より</p> <p>【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〕</p>	
<p>【4】下記に当てはまることがあれば ○ を、なければ × をおつけ下さい。</p> <p>() 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、風邪など悪い体調がすぐれない。</p>	
<p>【5】現在、もしくは過去に病気の治療歴はありますか。</p> <p>現在治療中：</p> <p>過去に治療歴：</p>	

ご協力ありがとうございました。

アンディ接骨院