

問 診 票

溝田接骨院

フリガナ 氏 名	性別 男・女	生年月日	年 月 日	年齢 歳
住 所			電話番号 ()	

※ 以下の該当するものに☑を入れ、必要箇所はご記入ください ※

◆どこを痛めましたか？ 右の絵に印をつけてください → → → →

◆いつから痛くなりましたか？ _____ 月 _____ 日 / _____ 頃

◆痛くなった「きっかけ」は、なんですか？

いつ？ 私用時間

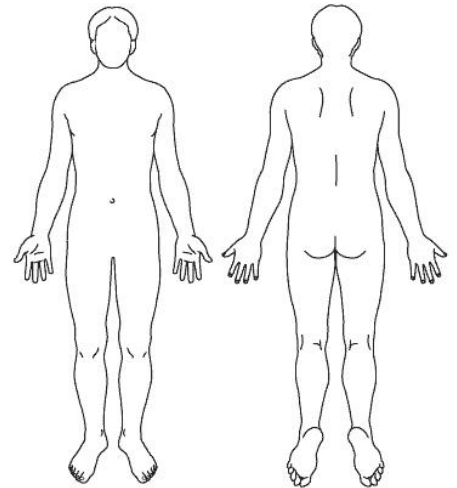
工作中・通勤中（労災・通勤労災）

交通事故（自賠責）

きっかけなし・慢性痛・1か月以上経過したものなど

→ 原因なし／不明・慢性痛・1か月以上経過したものは

＜自費診療＞となります。ご注意ください。



どこで？ _____

何をして？ _____

◆当院をお知りになったきっかけや、ご紹介者がございましたら、ご記入ください ⇒ _____

◆同じ部位で通院されている（いた）病院などがありますか？ ある ない

※「ある」と答えられた方 院名 _____ いつ？ _____ / _____ ~ _____ / _____

◆知らせておきたい事などありますか？（該当するものに☑）

大きな病気や怪我で手術や入院をしたことがある（病名等： _____）

妊娠中またはその可能性がある 現在、他の疾患(病気)で薬を飲んでいる

血圧が(高い・低い) アレルギーがある（ _____）

ペースメーカー又は骨折固定の金属(人工関節・鋼線等)が入っている

その他：伝えたいこと・聞きたいことなどがございましたら、お書きください

(_____)

◆痛みのために、困っていることはありますか？（自費診療の方は必須）

(_____)

◆今の痛みが取れたら、何をしたいですか？したいことはありますか？（自費診療の方は必須）

(_____)

◆症例等を学会・研究やインターネット等での匿名利用にご協力頂けますか？ はい いいえ

～ ご記入いただき、ありがとうございました ～



溝田接骨院