

予診表

☆事前に印刷し持参またはメール添付送信いただけると助かります。

氏名: 男 女 (妊娠: している・していない)

生年月日: T S H 年 月 日生(歳)

職業:

住所: 〒 -

お電話:

1) 治療を希望される部位に○をつけてください。

頭 顔 首 肩 腕 肘 手 胸 お腹 背中 腰 お尻 太もも 膝 足 その他:

2) つらさ(痛み)の程度を表現する数字に○をつけてください。

死ぬ程つらい | とても | かなり | すこし

10 — 9 — 8 — 7 — 6 — 5 — 4 — 3 — 2 — 1

どんなつらさですか?⇒

3) いつ頃からですか?

昭和 平成 年 月 日から

4) 何か思い当たる原因がありますか?

ない・ある ⇒

5) 同じことで他の病院などで治療を受けていますか?

受けている いない ⇒ 病院名()

病名()

治療の内容⇒ 薬 注射 手術 抗がん剤 放射線 電気療法 リハビリ 牽引 鍼灸 その他:

6) 今までに大きな病気にかかったり、ケガをしたことがありますか?

ない・ある ⇒

7) 現在、飲んでいる薬はありますか?

ない・ある ⇒

8) 薬の副作用やアレルギーはありますか?

ない・ある ⇒

9) 現在、定期的にスポーツ活動を行っている方、または行っていた方にお聞きします。

活動の内容:種目⇒

活動時間⇒ 分くらい 頻度: に 回位

現在の状況: やめた 休んでいる ペースを落とした などか行っている

10) 当院を何でお知りになりましたか?

家族 知人 他院からの紹介 ホームページ 看板 その他