

問診票

年 月 日

名前 _____

症状は何ですか？ 右の ・ 左の ・ 両方の

いつからですか？ 受傷日（ケガの方）

原因 ↓ありの場合 ・ 不明

（ _____ ）

今までに大きな病気はしましたか？

いいえ はい（病名： _____ ）（いつ頃： _____ ）

ペースメーカー あり・なし

体に金属 あり ・ なし
（場所： _____ ）

現在かかっている病気はありますか？

いいえ はい（病名： _____ ）

現在飲んでいる薬はありますか？

いいえ はい（具体的に： _____ ）

今までに薬を飲んで副作用を起こしたことはありますか？

いいえ はい（薬の名前： _____ ）

15歳未満の方へ 現在の体重 _____ kg

女性の方へ 現在妊娠の可能性はありますか？

いいえ はい（妊娠 _____ ヶ月）

女性の方へ 現在授乳中ですか？

いいえ はい