問　診　票

記入日　　令和　　年　　月　　日

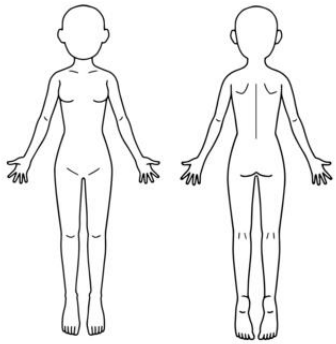
ﾌﾘｶﾞﾅ		生年月日	年齢
お名前	男・女	年　　月　　日	
ご住所	〒		
電話番号	自宅：　　携帯：		
職業		身長・体重	cm　　kg

○どのような症状でお困りですか？

○その症状はいつからですか？

○考えられるきっかけはありますか？

○気になる部位に印をつけてください



○現在治療中、または過去にかかった病気はありますか？

□　なし　　□　あり（ありの方はくわしく教えてください）

医療機関（　　）

□　高血圧　　□　糖尿病　□　心臓の病気　□　肺の病気　□　脳の病気

□　がん（　　）　□　腎臓の病気　□　肝臓の病気

□　その他（　　）

○現在服用中のお薬はありますか？

□　なし　　□　あり（　　）

○お薬や食べ物のアレルギーはありますか？

□　なし　　□　あり（　　）

○たばこは吸いますか？

□　吸わない　□　吸う（一日　　本）

○女性の方のみにお聞きします。妊娠中ですか？

□　いいえ　　□　はい（　　）週目

ご記入ありがとうございました

よしむらペインクリニック
YOSHIMURA PAIN CLINIC