恵比寿整骨院　問診カード

20　年　月　日

フリガナ
名前:　　性別(男　女)

職業

生年月日(昭和　平成　西暦)
年　月　日

血液型

電話番号　(自宅)

(携帯)

(仕事先)

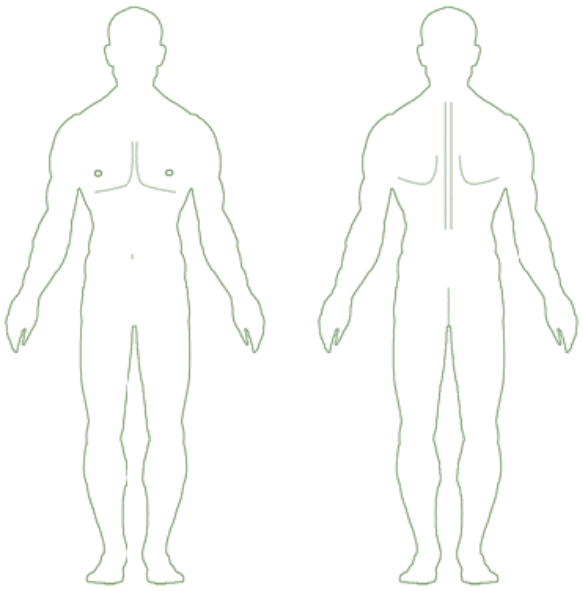
自宅住所

〒

Email:

どこに痛み等の問題がありますか？

(症状のある部分に〇をつけてください)



いつから症状がありますか？

何をしていた時に、起きましたか？

一番症状の気になる部分はどこですか？

どんな時、症状が出現する又は、強くなりますか？

どのような症状ですか？
(例:ズキズキ、刺すような痛み、ビリビリ等)

現在、内服中ですか？　はい・いいえ

薬の内容(　　)

現在、妊娠中ですか？　はい・いいえ

該当するものに〇をつけてください

脳卒中	アレルギー
心筋梗塞	アトピー
高血圧	肺炎
ペースメーカー挿入中	不眠症
喘息	糖尿病
肝機能障害	リウマチ
貧血	

このクリニックをどのようにしてお知りになりましたか？

手術の経験　なし・あり(病名/手術名　　歳頃　治癒・治療中)

骨折の経験　なし・あり(箇所　　歳頃　治癒・治療中)

入院の経験　なし・あり(病名　　歳頃　治癒・治療中)

(病名　　歳頃　治癒・治療中)

現在治療中の疾患　なし・あり(病名　　)

その他何か気になること、疑問な事等ございましたら、お書き下さい