

# 問診票

平成 年 月 日

フリガナ:	生年月日
氏名:	大正・昭和・平成
	年 月 日

住所:

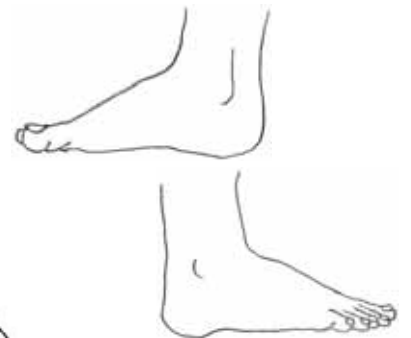
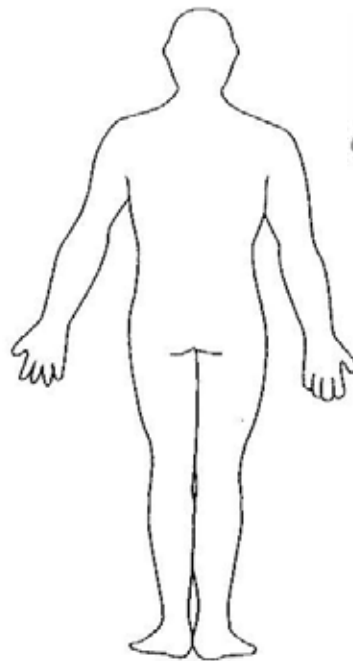
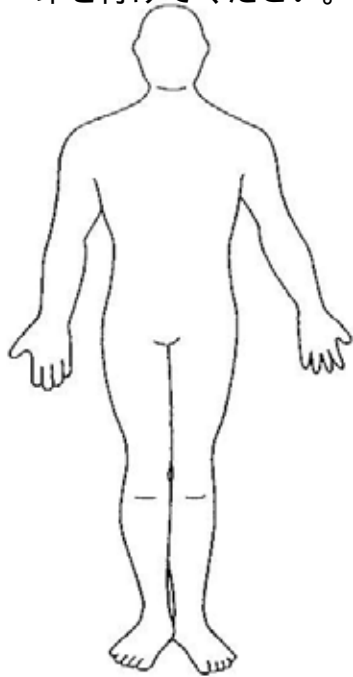
連絡先: ( )

職業または学校名(学年)	当院ご紹介者
年生	さま

どちらがお痛みか、印を付けてください。



【右手・左手】



【右足・左足】



【右足底・左足底】

上記のケガで、現在他の医療機関に通院していますか？

していない 通院中 通院していた( 月 日まで)

病院・治療院名

( )

今までに花粉症やぜんそく等のアレルギー等を起こしたことがありますか？

ある ない

どのような時でしたか？

( )

今までに大きな病気や手術を受けたことがありますか？

( )

(女性のみ) 現在妊娠の可能性は? ある ない

現在、ペースメーカーを使用していますか? 使用中 使用していない