

記入日 年 月 日

# きむらクリニック 問診用紙

ふりがな

(お名前) \_\_\_\_\_ (年齢) \_\_\_\_\_ (生年月日) 大 昭 平 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

〒 \_\_\_\_\_

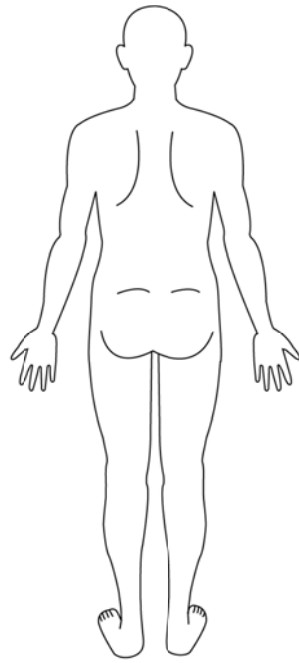
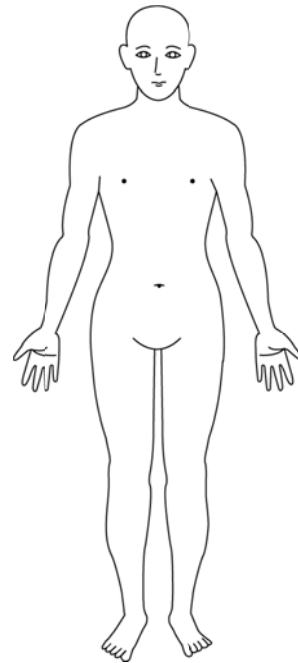
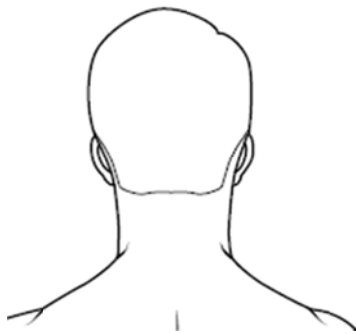
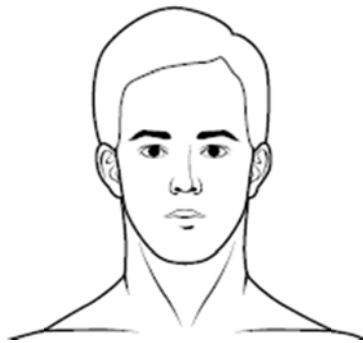
住所 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

携帯 \_\_\_\_\_

(身長) \_\_\_\_\_ c m (体重) \_\_\_\_\_ k g

➤ どこが痛いですか?  
(図のなかにしめしてください)



➤ 現在の痛みの原因は何で、いつごろから起こっていますか

➤ 現在の痛みの程度を矢印で記入してください。

痛みなし



耐え難い痛み



➤ 今までにどこで (病院・医院など)、どんな科に (整形外科など) かかり、どんな治療を受けましたか?

➤ 現在内服している薬はなんですか?

➤ 飲み薬、注射などで副作用 (アレルギーなど) がありましたか?

無し 有り

➤ 今までにかかったことのある病気を書いてください。

➤ クリニック受診のきっかけを、○を書いておしえてください。

( ) 医療機関の紹介 \_\_\_\_\_ 病院、医院 ( ) インターネット ( ) 雑誌、新聞

( ) 知人の紹介

記入後、受付に渡してください。