

ID _____

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 _____

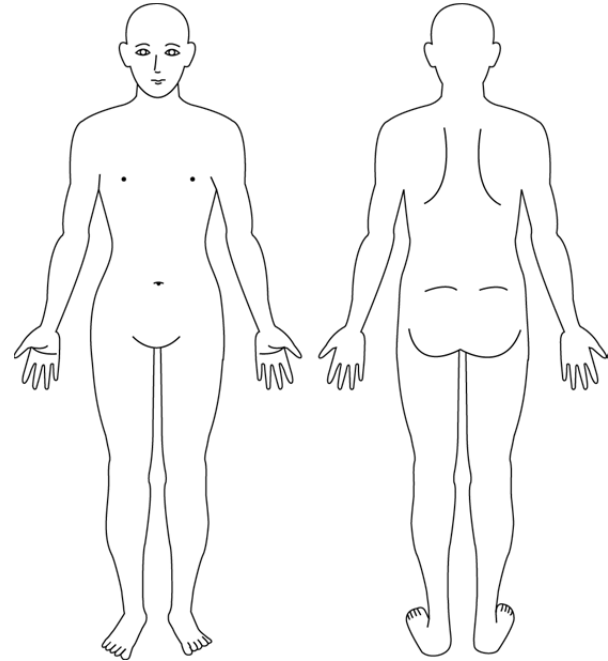
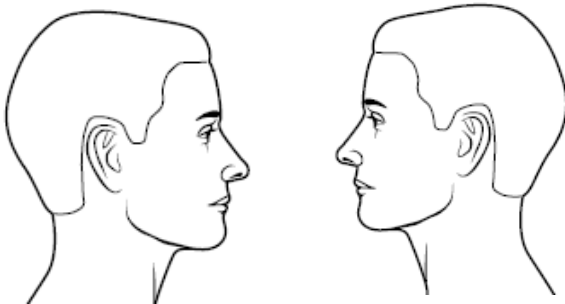
電話 _____

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、いつ頃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。