

あさいクリニック問診票



診察日	年 月 日					
フリガナ			生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日	歳
氏名	男・女					
電話番号			携帯番号			
住所	〒					

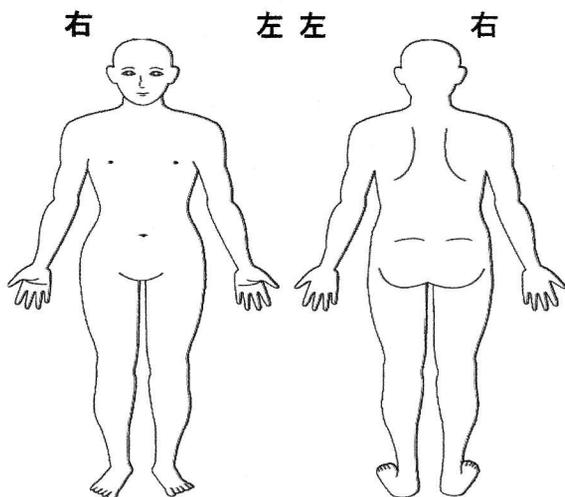
●介護認定を受けていますか いいえ・はい

●学校での受傷の場合、スポーツ保険を利用しますか いいえ・はい

●職業

症状についてお答えください

●診察を希望する部位に○をして下さい



身長 cm / 体重 kg

●どのような症状ですか？

- 痛い (安静時・体動時)
- しびれ (安静時・歩行時) 腫れ
- 変形している しこりがある その他

交通事故(事故日 年 月 日)

●いつ頃からですか？

●思い当たる原因はありますか？

●上記症状に対し他院での治療歴はありますか？

ない ある

●今までに大きな病気、ケガ、手術等をしたことがありますか？

●現在治療中の病気はありますか？ 特になし

はい

高血圧 糖尿病 心臓病 喘息 肝臓病 腎臓病

胃・十二指腸潰瘍 高脂血症 その他

●内服中の薬はありますか？ 特になし

はい

●薬や麻酔、その他のアレルギーはありますか 特になし

はい

●タバコ 本/日

●アルコール 毎日・時々

●女性の方のみお答えください

妊娠中ですか？ いいえ はい

●授乳中ですか？ いいえ はい

●自費注射の希望はありますか？ いいえ

はい (元気カクテル・美肌スペシャル・プラセンタ注射)