

あさいクリニック問診票

診察日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ _____

T S H

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳

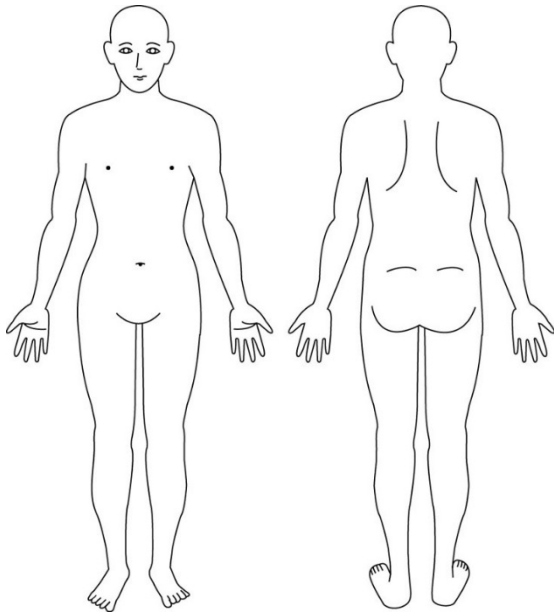
住所 〒 _____

男 女

電話番号 _____ - _____ - _____ 緊急連絡先 _____ - _____ - _____

ご職業 _____ 身長 _____ c m 体重 _____ k g

1 どこが悪いですか？



右 正面 左 左 背面 右

2 受診する理由はなんですか？

図に○をつけてください。

- ケガをした 痛みがある 動きが悪い
しびれがある 変形している 腫れている
しこりがある 受診をすすめられた
骨粗鬆症の検査をしたい リハビリをしたい
その他 交通事故 (事故日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

3 症状は、いつから出ましたか？思い当たる原因はありますか？

4 今までに大きな病気、ケガをしたことがありますか？ 特にない

ある

5 現在、治療中の病気はありますか？ 特にない

- 高血圧 糖尿病 心臓病 ペースメーカー 喘息 十二指腸潰瘍
肝臓病 腎臓病 高脂血症 その他 _____

6 現在、何か薬を飲んでいますか？ 特にない

ある (薬の名前 _____)

7 薬や麻酔の薬のアレルギーはありますか？ 特にない

ある (_____)

8 女性の方への質問です。

妊娠していない 妊娠している わからない

9 自費注射の希望はありますか？ ある ない

(美肌カクテル・元気カクテル・美肌スペシャル・プラセンタ)