

予診票

初めてご受診の方へ

しめい

氏名： 大・昭 平・令 年 月 日生( 歳)

身長 体重

ご住所

お電話番号 緊急連絡先

本日のお悩み：

いつからですか？：

きっかけはありましたか？：

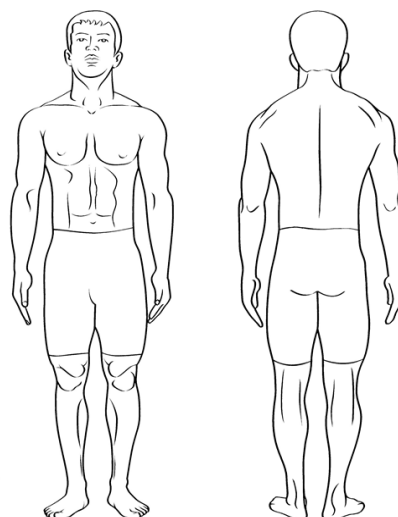
病院にかかりましたか？ はい・いいえ

診断名：

症状が軽くなる姿勢や時間帯はありますか？：

どのような症状ですか？ (ズキズキ・しびれるような痛みなど)

症状はどのあたりに感じますか？ (右図に○)



一番つらい時を10としたら、今日はどの程度ですか？

症状を感じ始めてから今日まで、ひどくなっていますか？軽くなっていますか？

アレルギーなどはありますか？

以下の病気と診断されたことはありますか？

高血圧・

大きな手術や病気の経験はありますか？

ご家族で以下のご病気の方はいらっしゃいますか？

・悪性腫瘍 ・糖尿病 ・脳血管障害 ・肝臓病 ・腎臓病 ・心疾患

飲酒 (しない ・ する を1日 杯)

喫煙 (しない ・ する 本/日)