

自賠責保険用 問診表

年 月 日

ふりがな			性別	生年月日		
お名前			男・女	大・昭・平	年 月 日	才
住所	〒 _____					
	都・道 府・県		市・区 町・村			
電話番号	自宅	() _____	携帯	() _____		
緊急連絡先	() _____			続柄 ()		

・当院をお知りになったきっかけは何ですか？

- ①紹介(家族・友人・知人) ②新聞チラシなどの広告 ③インターネット ④前を通過

◎ 本日の症状をご記入ください。 ※ 右図の症状のある部位に○印を記入してください

・いつの事故ですか？

年 月 日

・どのような症状ですか？ (できるだけ詳しくお書きください)

()

・今回の事故で、他の医療機関の治療を受けた事がありますか？

ない・ある (医療機関名 :)

・現段階で、警察に提出する診断書は必要ですか？

いいえ・はい

・頭部をぶつけていないですか？

いいえ・はい

・今後の治療で、別の整骨院に通う予定はありますか？

いいえ・はい

・今までに受けた治療、または現在治療中の病気はありますか？

ある・ない

癌・心臓病・脳疾患・肝臓疾患・腎臓疾患・肺疾患・前立腺疾患
糖尿病・高血圧・高脂血症・痛風・リウマチ・喘息・不整脈・緑内障

手術 (内容) その他 ()

・ペースメーカーをご使用していますか？

いいえ・はい

・現在、服用している薬はありますか？ ※お薬手帳などをお持ちの方はお見せください。

ない・ある ()

・湿布や薬、食べ物でじんましんなどのアレルギーが出た事がありますか？

ない・ある (薬剤名 :) (食材名 :)

・(女性の方のみ) 現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？

いいえ・はい (授乳中・妊娠中 ⇒ ヶ月)

当院の治療方針、また説明に同意していただけましたら、ご署名をお願い致します。

ご署名

