

# 問 診 票

初診日：令和      年      月      日

※未成年の場合

※太線内にご記入ください

ふりがな 氏 名	保護者名		男	大正	年	月	日生	年齢  歳
			女	昭和 平成				
住 所	〒			自宅	TEL	—	—	
				携帯	TEL	—	—	
職 業 (学校・学 年)				仕事の内容 (スポーツ種目)				
当院の情報	・ホームページ・ブログ・広告 (                      ) ・紹介者 (                      )							
症 状	痛い部分・病名・ケガ等		いつ頃から?		病院等の診断結果			
服用中の薬	(高血圧の薬、等)							
生活習慣	◎睡眠時間(平均) =		時間程度		◎喫煙の有無 = 無・有 (      本/1日)			
手術歴 事故歴	病名・状況等		手術・事故等の時期		現在の状況			

