

受診No. 【 】

問 診 表

初診日：平成 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 ・ 女	大正 昭和 平成	年 月 日生	年齢 歳
住 所	〒		自宅 Tel	— —	
職 業 (学校・学年)			携帯 Tel	— —	
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		

