

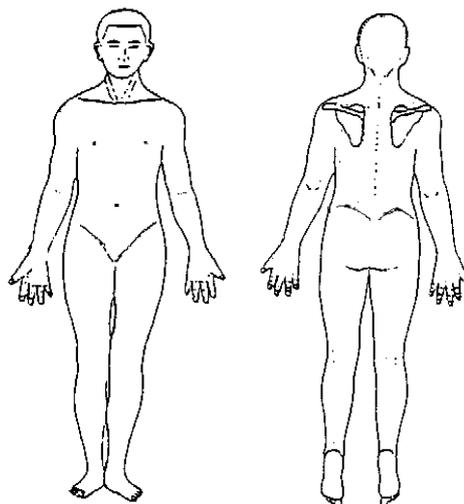
問 診 表

平成 年 月 日 記入

(ふりがな) 氏 名	年 月 日生 (才) 男・女	
	紹介者	
住所・電話	〒 TEL ()	
家族構成	職業	

<以下の質問にお答えください>

- 今、一番つらい症状は何ですか？
(どこにどのような症状があるか、右の図で示してください)
- 症状が出現したのはいつですか？またその原因は何ですか？
- 今まで受けてきた検査と治療を教えてください。
(医療機関名、検査の名前、検査の結果、治療内容、治療の効果など)



- 次の症状はありますか？その症状の程度を教えてください。
(症状がない場合は「0」に○印をつけてください)

	全くなし	0	1	2	3	4	5	非常に強い
記入例 →						①		
①頭痛								
②肩こり								
③手足のしびれ								
④めまい								
⑤耳鳴り								
⑥目のぼやけ								
⑦吐き気								
⑧倦怠感								
⑨記憶力の低下								
⑩集中力の低下								

- 今飲んでいる薬を教えてください。

