問診票（初診・再初診）

※※※※※※※※※※※※全ての項目の記入をお願い致します※※※※※※※※※※※※

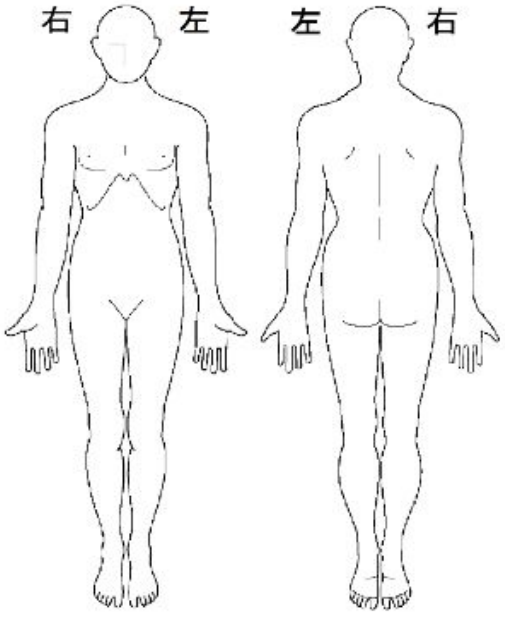
１、現在お困りの症状はいつからですか？

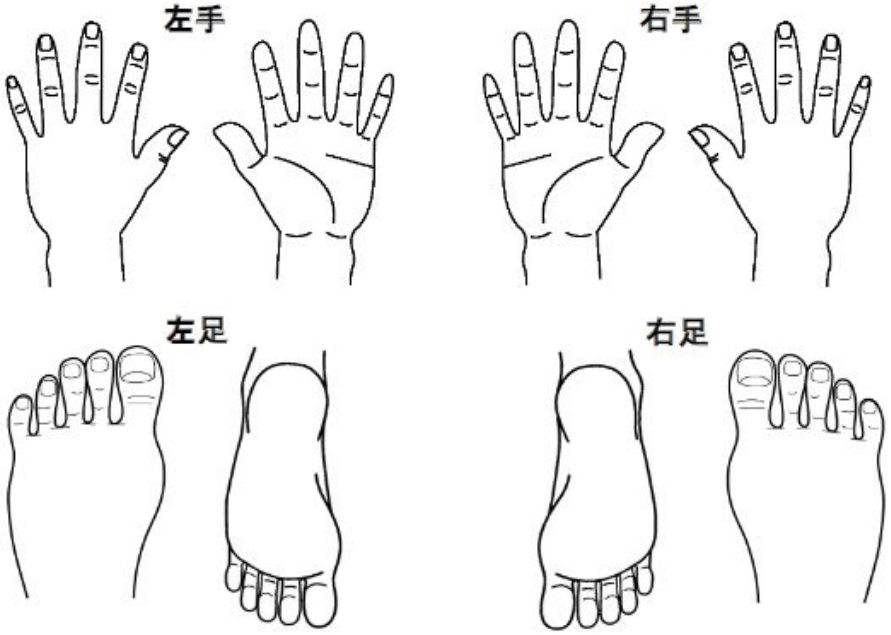
西暦（　　）年（　　）月（　　）日（または　　年・月・日 前）から

２、原因は何かありますか？

□転倒　□ぶつけた　□ひねった　□重いものを持った
□交通事故（□自動車　□バイク）　□その他（　　）
□特になし

３、その症状はどの部位ですか？〇印を付けて下さい。





４、その症状のタイミング、頻度、症状、程度を教えて下さい（自由記述）

（　　）

５、その症状によって制限され困っている日常生活はありますか？（自由記述）

（　　）

６、受けたい検査や医師へのご要望はありますか？（自由記述）

（　　）

医療法人正順会　藤沢駅前順リハビリ整形外科