# 問診票

年　　月　　日

| | |
|---|---|
| （ふりがな）<br>名前 | |
| 生年月日 | 【 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 】　　年　　月　　日　生 |
| 電話番号 | 自宅　　携帯　【　　ー　　ー　　】 |
| 受診者の住所 | 〒 |
| どのような症状がありますか | どこが痛いですか？<br><br>いつから痛いですか？<br><br>どのように動いたら痛いですか？ |
| いままでの<br>治療経歴を教えてください | 手術　【　有　（いつですか　　年前 ）　／　無　】<br><br>有の方 【手術した部位はどこですか？　　】 |