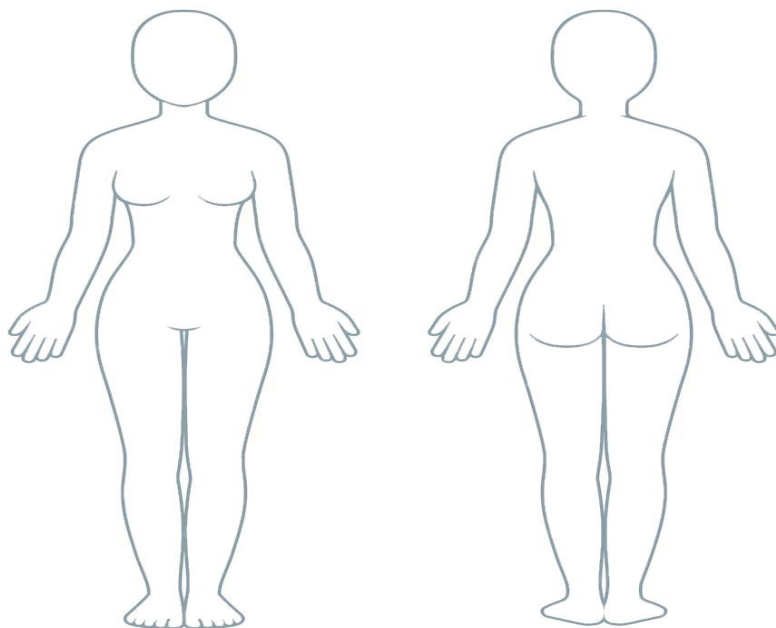


問診票

■ 基本情報

① 氏名（ふりがな）	④ 生年月日
② 住所 〒	
③ 電話番号	

■ 症状のある部分に○印をつけてください



■ 症状・既往歴

どこが
いつから
どんな時に
事故の経験 有 ☐ 無 ☐
治療したことのある病気
飲んでいる薬

■ 生活習慣

睡眠時間	時間
飲酒 有 ☐ 無 ☐	喫煙 有 ☐ 無 ☐
運動習慣	
仕事内容	