

問診票

名前

住所

電話番号

生年月日

大正・昭和・平成

年

月

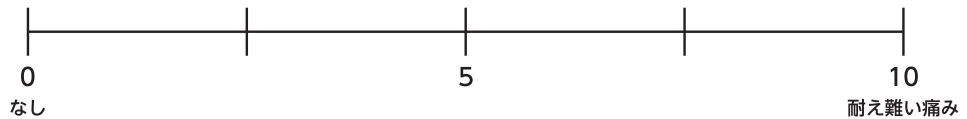
日

主な症状

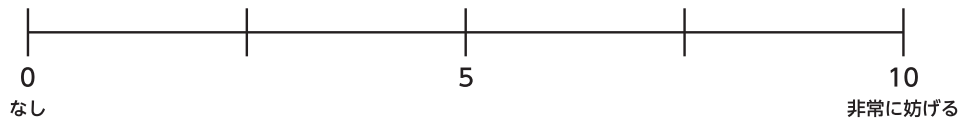
今の痛みの持続期間

～ヶ月前から

痛みの強さ



痛みが日常生活を妨げる程度



過去1カ月に気分の落ち込み、憂うつな感情になやみましたか？

はい・いいえ

今まで受けた治療。今までかかった病気、今も治療中の病気はありますか？