

初診時申込票・問診票

受診日 平成 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日	年齢
お名前		男・女	明・大 昭・平 年 月 日	才
ご住所	〒			
ご職業		電話 携帯	身長 cm	体重 kg

1) どのような症状で来院されましたか？

痛い しびれる 腫れている 動きにくい

その他 ()

2) 症状のあるところは右の図に○印をつけて下さい。

3) その症状が出たのはいつ頃からですか？

(年 月 日から)

4) 症状が出た原因はなんですか？

交通事故 工作中 スポーツ 転倒

特に原因なし

その他 ()

5) 今の症状に関して治療を受けたことがありますか？

いいえ

はい (病院名)

6) 現在治療中または過去にかかったことのある病気はありますか？

特になし 高血圧 糖尿病 脳梗塞 ぜんそく

心臓病 腎臓病 肝臓病 リウマチ 痛風

その他 ()

7) 現在内服されている薬はありますか？

いいえ

はい (薬の名前) お薬手帳をお持ちの方はご提示下さい。

8) 今まで手術を受けたことがありますか？

いいえ

はい (脳血管障害・ペースメーカー・ステント・透析・人工関節・その他 ())

9) 薬や食べ物でアレルギーはありますか？

いいえ

はい (薬の名前) (食べ物)

10) 女性の方のみお答え下さい。

・あなたは妊娠していますか？または授乳中ですか？

いいえ はい

11) 当院をどのようにしてお知りになりましたか？(複数回答可)

知人の紹介 病院の紹介 通りがかり ホームページ ちらし・広告

ご記入ありがとうございました。お手数ですが受付までご提出下さい。

