

初診時申込票・問診票

受診日 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。

