

# 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。

