

初診問診票

ID:

令和 年 月 日

フリガナ	性別	生年月日	
お名前	男・女	大・昭 平・令	年 月 日 (歳)
ご住所 〒		自宅電話	
		携帯電話	
フリガナ *未成年者の方 保護者のお名前()、携帯電話()		身長 cm / 体重 kg	
介護保険の認定を受けていますか？ ・ない ・ある(要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5)			
当院を何でお知りになりましたか？ ・インターネット ・近所なので ・看板 ・知人からの紹介(紹介者:) ・その他()			

① 症状のある部位はどこですか？

()⇒右図に○

② どのような症状で来院されましたか？

・痛い ・しびれる ・腫れ ・動きにくい
・その他()

③ いつごろから症状は出てきましたか？

(年 月 日) から

④ 症状が出たきっかけ・原因は何ですか？

・交通事故(事故日: 年 月 日)
・工作中/通勤中(受傷日: 年 月 日)
・スポーツ()
・特に原因なし ・その他()

⑤ 今回の症状で他の医療機関を受診していれば
お答えください。

()病院・医院

⑥ 現在治療中の病気があればお答えください。

()

⑦ 現在使用中の薬

・ ない ・ ある()

⑧ 過去に病気や手術を受けた事があればお答えください。

(病名・手術名:) いつ頃:)

⑨ 喘息、薬や食べ物でアレルギーが出たことがあればお答え下さい。

・ ない ・ ある()

⑩ 趣味・健康目的で何か運動(スポーツ)されていればお答え下さい。

種類() 頻度(回/週・月)

⑪ 現在、お仕事はされていますか？

・ いいえ ・ はい (内容: デスクワーク 立ち仕事 その他:)

⑫ 女性の方へ：妊娠している可能性がありますか？

・ いいえ ・ はい

