

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	身長 cm / 体重 kg		
*未成年者の方 保護者のお名前()、携帯電話()			
介護保険の認定を受けていますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5)		女性の方:妊娠の可能性はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
当院を何でお知りになりましたか？ <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 近所なので <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 知人からの紹介(紹介者:) <input type="checkbox"/> 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()

その他()

特に原因なし

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。

治療中の病気はない

高血圧 糖尿病 痛風 脳梗塞

心臓病(狭心症・不整脈など) 腎臓病 喘息

その他()

⑦現在内服中の薬はありますか

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薬や食べ物・アルコール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 営業 立ち仕事 その他:)

ご記入いただきましたこの問診表の個人情報は、診療録(カルテ)と同様に厳正に管理されます。

