

# 初診問診票

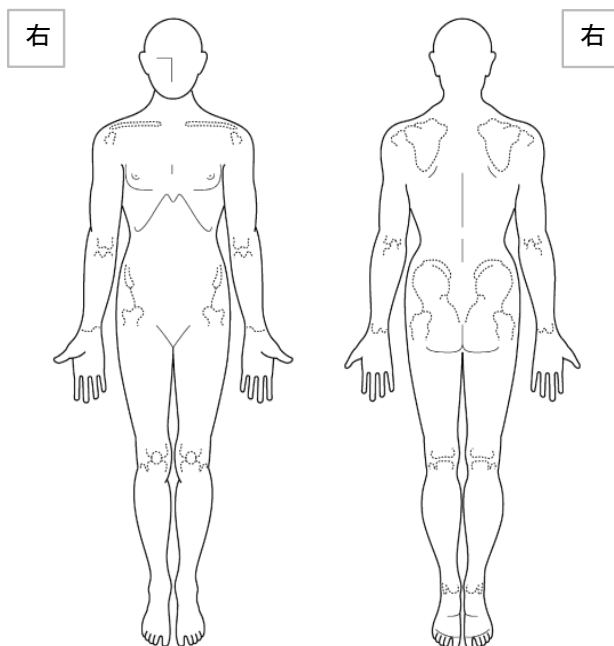
ID:

令和 年 月 日

フリガナ お名前	性別 男・女	生年月日 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? <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)  
仕事中/通勤中(受傷日: 年 月 日)  
特に原因なし 転倒  
スポーツ( )  
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。

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票の個人情報、診療録(カルテ)と同様に厳正に管理されます。  
当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。  
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。**