

日付

[]

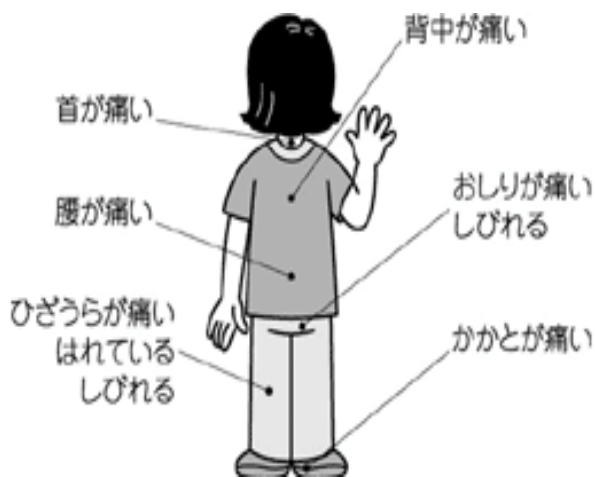
初診受付問診票

No.

保険証との確認事項もございますが、答えられる範囲でご記入ください。

フリガナ	性別	社 国 後 労 交 自
お名前	男 ・ 女	母 乳 障 福 生 ()
ご住所 〒	生年月日	才
	T・S・H	年 月 日
	電話番号	
	携帯番号	

1. 今日どこを診てもらいたいですか？ ○印をつけて下さい。()より紹介



2. 原因はありますか？ ()

その症状はいつからですか？ ()

右側ですか？左側ですか？どこの部位ですか？ ()

3. 今回の治療につき

- 1. 注射もやむを得ない
- 2. 点滴もやむを得ない
- 3. なるべく注射・点滴でなおしたい
- 4. 絶対に注射・点滴なしにしたい

4. 今までに、以下の病気にかかったことがありますか？ 手術したことがありますか？

高血圧・糖尿病・喘息・狭心症・心筋梗塞・胃潰瘍・十二指腸潰瘍・脳卒中
腎臓病・肝臓病・アレルギー・認知症・その他()

5. 今飲んでいる薬はありますか？

飲んでいる(おくすりの名前)) 飲んでいない

6. これまでに、注射・内服薬でじん麻疹が出たり、気分が悪くなったこと(アレルギー)はありませんか？

ある(おくすりの名前)) ない

7. 女性の方にお聞きします。(レントゲン撮影のとき大切ですので必ずお答え下さい)

妊娠中ですか？ (はい ・ いいえ) 授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)

8. 職業 ()