

日付

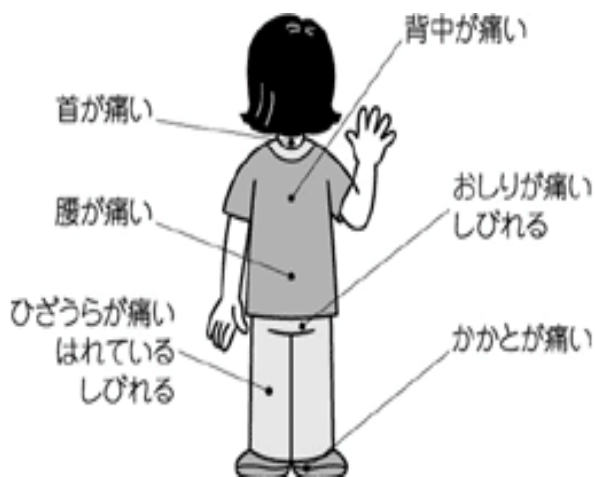
初診受付問診票

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 お名前	性 別	社 国 後 労 交 自
	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. 今日は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 | 3. なるべく注射・点滴でなおしたい |
| 2. 点滴もやむを得ない | 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 ()