

初診問診票

記入日 年 月 日

ふりがな		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日		
氏名			S・H・R	年	月
住所 〒					
連絡先		連絡先(緊急時)		職業	
身長	cm	体重	kg	介護認定	要支援1、2 / 要介護1、2、3、4、5
既往歴					
<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> その他 ()					
紹介状 無・有 ⇒ 紹介元 病院名 : ()					
※CD-Rなどお持ちの方は必ず受付にお渡しください。					

① 症状のある部位はどこですか？ ○をつけてください⇒

② どのような症状ですか？

()
 わからない

③ いつから症状がありましたか？

()
 わからない

④ 症状の原因を教えてください

() わからない
 交通事故 仕事中(労災) 通勤中(労災)

⑤ 今回の症状でほかの診療所・病院を受診されましたか？

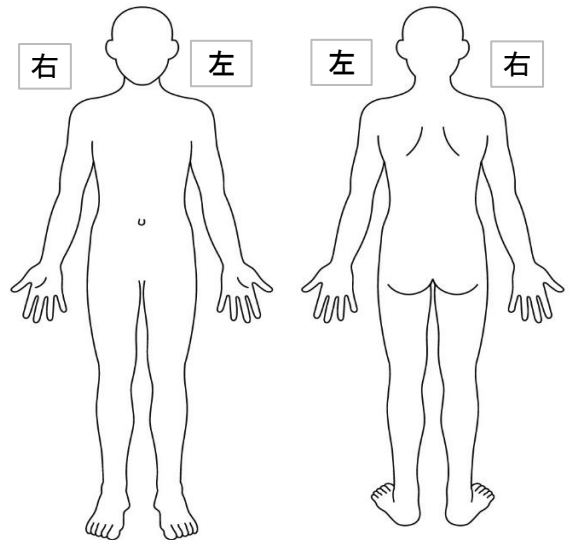
はい (病院名:)
 いいえ

⑥ 現在服用中のお薬はありますか？

はい (薬剤名:)
 いいえ

⑦ 薬や食物にアレルギーはありますか？

はい (内容や症状:)
 いいえ



※女性のみ
妊娠中もしくは授乳中ですか？

妊娠中 (週)
 授乳中
 わからない (可能性あり)
 いいえ

※妊娠の可能性のある方はレントゲン撮影が行えませんので、ご注意ください。