

\*青字でご記入ください

# 初診問診票

受付者印

記入日 (印)

※来院手段を教えてください。(車を自分で運転・自分以外の方の運転) タクシー バイク 自転車  
バス(以前利用していた、知人の紹介) 他

※以前、当医院に受診したことがありますか?(ある・ない)

カルテ No. \_\_\_\_\_

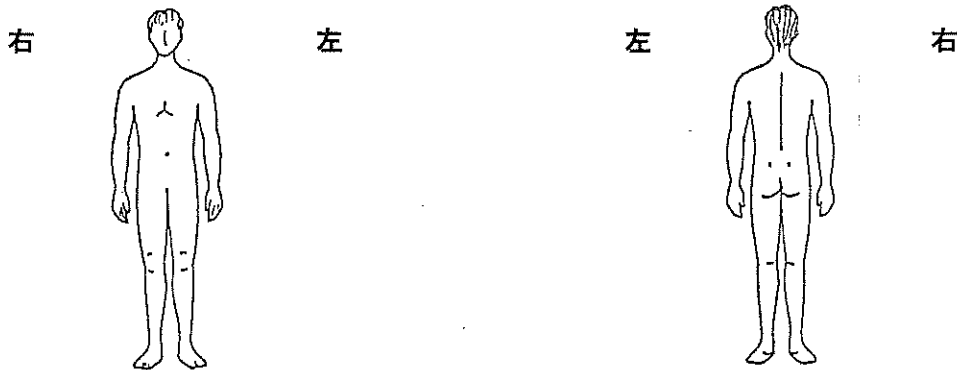
T. S. H. R 年 月 日生まれ ( ) 歳 職業 \_\_\_\_\_

フリガナ \_\_\_\_\_ 1人ぐらし時など

氏名 \_\_\_\_\_ (男・女) 連絡先 \_\_\_\_\_ 下記

住所 \_\_\_\_\_ TEL ( ) \_\_\_\_\_

① 診察を受けたいところはどこですか?(症状のあるところに○をつけて下さい)



② どのような症状がありますか?(痛み・しびれ・腫れ・感覚が鈍い・歩けない)  
その他 \_\_\_\_\_

③ いつ頃から症状がありますか?( 年 月 日)  
今日 \_\_\_\_\_ 日前 \_\_\_\_\_ 週間前 \_\_\_\_\_ か月前 \_\_\_\_\_ 年前

④ その原因は何ですか?(ひねった・ぶつけた・転んだ・自然に)  
その他 \_\_\_\_\_ (工作中・交通事故・部活動・スポーツ)

⑤ アレルギーはありますか?(有・なし) 喘息 薬 注射 湿布 食物 絆創膏 花粉 アレルギー性鼻炎  
その他 \_\_\_\_\_

⑥ 妊娠の可能性はありますか?(有・なし) ※有の方: 妊娠 \_\_\_\_\_ 週目

⑦ 粉薬は飲めますか?(はい・いいえ)

⑧ 普段飲んでいる薬があれば記入してください

病院名	病名	薬の名前

⑨ 何歳でどのようなケガや病気をしましたか?(〇〇病院 何ヵ月入院) 輸血歴( + ・ - )

⑩ 最近2~3週の間、渡航歴はありますか?(はい・いいえ) ※はいの方: 国名 \_\_\_\_\_

※居住状況 \_\_\_\_\_

介護度 \_\_\_\_\_