

No.

# 初診問診票

保険証 有無: 有・無  
保険証お返し: 有・無

ふりがな

受診日:平成 年 月 日

氏名

男・女

生年月日:大正・昭和・平成 年 月 日( 歳)

様

電話番号:

携帯番号:

※必要時、当クリニックからご連絡することがありますのでご了承ください。

住所:(〒 - )

※マンション、アパートなどの建物名もご記載ください。

## 1. 症状をご記入ください

・いつ頃からですか?

[ ]

・どんな症状ですか?

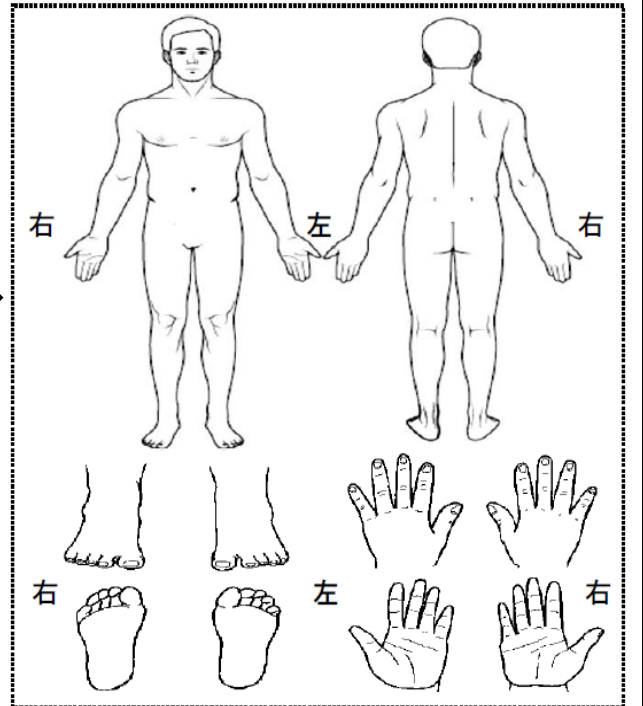
[ ]

・気になる症状の部位を右の図で示して下さい  
・症状が出たきっかけ・原因はなんですか。

[ ]

・過去に手術を受けた事がありますか。

いいえ はい( )



## 2. 現在、治療中の病気はございますか?お薬手帳をお持ちの方は医師にお見せ下さい。

喘息 高血圧 心臓病 肝臓病 腎臓病 糖尿病 前立腺肥大 緑内障  
その他 [ ]

## 3. 今までに薬や食べ物でアレルギー症状(発疹、気分不快)を起こしたことがありますか。

薬 : いいえ はい 薬剤名: \_\_\_\_\_ 症状: \_\_\_\_\_  
食べ物: いいえ はい 食べ物: \_\_\_\_\_ 症状: \_\_\_\_\_

## 4. ペースメーカーを入れていますか。 いいえ はい(電気治療はできません)

## 5. 女性の方の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか いいえ はい 可能性がある  
授乳中ですか いいえ はい

※「はい」又は「可能性がある」を選択された患者様  
一部の検査・薬剤の処方を、医師の判断により行わない場合がございます。

## 6. その他

例)薬の処方のみ希望、リハビリ希望、交通事故診断書希望など

## 7. 当クリニックをどちらでお知りになりましたか?

インターネット 新聞折込 看板 紹介 広告・チラシ 通りがかり その他( )

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出ください。

かわごえ駅前整形外科